



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Πεποιθήσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών Υγείας της  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την πρόληψη πτώσεων  
ηλικιωμένων**

Σούρλης Κωνσταντίνος  
Τεχνολόγος Ιατρικών εργαστηρίων

### ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΞΗΡΟΜΕΡΗΣΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ Επικ. καθηγήτρια Επιβλέπων Καθηγητής  
ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ ΧΡΥΣΗ Καθηγήτρια Μέλος Τριμελούς Επιτροπής  
ΜΑΛΛΗ ΦΩΤΕΙΝΗ Καθηγήτρια Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Beliefs and perceptions of Primary Health Care Health  
Professionals on the prevention of falls in the elderly**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	Σελ. 7
<b>B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>1. Το φαινόμενο της γήρανσης</b>	Σελ. 9
1. 1 Γήρανση και φυσική φθορά	Σελ. 9
1. 2 Μοντέλα γήρανσης	Σελ. 10
1. 3 Επιπτώσεις γήρατος στα συστήματα του οργανισμού	Σελ. 10
<b>2. Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τις πτώσεις στην τρίτη ηλικία.</b>	Σελ. 11
2.1 Πτώσεις – ορισμός	Σελ. 11
2. 2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά πτώσεων	Σελ. 11
2. 3 Οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας από τις πτώσεις	Σελ. 11
2. 4 Πρόληψη πτώσης ηλικιωμένων	Σελ. 12
2. 5 Στρατηγικές πρόληψης πτώσης και Κλινική αξιολόγηση	Σελ. 12
2.6 Προσέγγιση προληπτικής φροντίδας για υγιή γήρανση στην Ευρώπη	Σελ. 14
<b>3. Εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ κατά τη διαχείριση πτώσεων σε ηλικιωμένους</b>	Σελ. 15
3. 1 Εμπόδια που αφορούν τους ηλικιωμένους	Σελ. 15
3. 2 Εμπόδια που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας	Σελ. 16
3 . 3 Έλλειψη υποστήριξης φροντιστών	Σελ. 17
3. 4 Εμπόδια του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης	Σελ. 17
<b>4. Παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχή εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης πτώσης</b>	Σελ. 18
4 . 1 Οικονομικοί παράγοντες	Σελ. 18
4 . 2 Πρόσβαση στο χώρο παρέμβασης	Σελ. 19
4 . 3 Ο χρόνος	Σελ. 20

4 . 4 Κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές στη χρήση και αποδοχή βοηθητικών συσκευών και τύπων άσκησης	Σελ. 20
<b>5. Αντιλήψεις και πεποιθήσεις για την πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων</b>	Σελ. 21
5. 1 Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας και οι πρακτικές που εφαρμόζουν για την πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων	Σελ. 25
5. 2 Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας στην προσέγγιση πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων.	Σελ. 27
5. 3 Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στην πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων	Σελ. 27
5. 4 Η άποψη των ηλικιωμένων για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην προώθηση παρεμβάσεων πρόληψης πτώσεων	Σελ. 28
5. 5 Επιδράσεις της γηριατρικής εκπαίδευσης στη στάση των φοιτητών ιατρικής απέναντι στους ηλικιωμένους ασθενείς	Σελ. 29
5. 6 Στάσεις φοιτητών ιατρικής προς τους ηλικιωμένους και προθυμία επιλογής γηριατρικής ειδικότητας	Σελ. 30
<b>Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>6. Σκοπός – Ερευνητικά ερωτήματα</b>	Σελ. 31
<b>7. Αποτελέσματα</b>	Σελ. 32
<b>8. Συζήτηση</b>	Σελ. 50
<b>9. Συμπεράσματα</b>	Σελ. 58
<b>10. Βιβλιογραφία</b>	Σελ. 60

## Περίληψη

Οι πτώσεις σε ηλικιωμένους είναι μια σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία και ένας βασικός τομέας προτεραιότητας για την προληπτική υγειονομική περίθαλψη. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου για πτώσεις είναι τροποποιήσιμοι και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι πτώσεις των ηλικιωμένων μπορούν να προληφθούν με κατάλληλη και έγκαιρη παρέμβαση. Εκτιμάται ότι με την άμεση κλινική εφαρμογή των ερευνητικών γνώσεων, η επίπτωση των πτώσεων μπορεί να μειωθεί από 25% έως 40%. Παρά την πληθώρα της έρευνας, η κλινική εφαρμογή των πρακτικών πρόληψης πτώσης είναι αργή, τυχαία και αποσπασματική. Οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να εφαρμόσουν πρακτικές πρόληψης πτώσης είτε ως αποτέλεσμα της απόκρυψης πτώσεων από τους ηλικιωμένους, είτε των κλινικών χρονικών περιορισμών λόγω φόρτου εργασίας και ανταγωνιστικών άλλων νοσημάτων είτε των αντιλήψεων και των πεποιθήσεων που έχουν για τις πτώσεις.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Φθιώτιδας από τον Φεβρουάριο έως τον Μάιο του 2021, με δείγμα ευκολίας, συμμετείχαν 115 επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και 40 φοιτητές σχολών υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγράψει τις αντιλήψεις και πεποιθήσεις, τις γνώσεις και τη συνήθη πρακτική των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ σε σχέση με τον εντοπισμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των κινδύνων πτώσης των ασθενών τους. Αυτή η γνώση θα βοηθήσει στον εντοπισμό βέλτιστων στρατηγικών για την ενημέρωση των υπευθύνων χάραξης πολιτικής στην υγεία και στην εκπαίδευση καθώς και των μελλοντικών ερευνητών.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές ΠΦΥ είναι το πρώτο σημείο επαφής με τους ηλικιωμένους, θα πρέπει να αναθεωρήσουν τις αντιλήψεις τους και τις πεποιθήσεις τους για την πρόληψη πτώσεων, όπως ότι αποτελούν μέρος της γήρανσης, να πεισθούν ότι οι πτώσεις αποτελούν ζήτημα προτεραιότητας μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών τους, ότι προλαμβάνονται ή μειώνονται με ειδικές παρεμβάσεις και να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο για την αξιολόγηση των κινδύνων πτώσης και την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τα κατάλληλα προγράμματα.

**Λέξεις κλειδιά:** πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων, πεποιθήσεις και αντιλήψεις, επαγγελματίες υγείας

## **Abstract**

Falls in the elderly are a major public health challenge and a key priority area for preventive healthcare. Some risk factors for falls are modifiable and there is strong evidence that falls in the elderly can be prevented with appropriate and timely intervention. It is estimated that with the immediate clinical application of research knowledge, the incidence of falls can be reduced from 25% to 40%. Despite the plethora of research, the clinical application of fall prevention practices is slow, random, and fragmented. Health professionals find it difficult to apply fall prevention practices either as a result of hiding falls from the elderly, or due to clinical time constraints due to workload and other competing diseases, or their perceptions and beliefs about falls.

The study was carried out in the area of Fthiotida from February to May 2021, with a sample of convenience, participated 115 health professionals of primary health care and 40 students of health schools of the University of Thessaly.

The purpose of the research is to record the perceptions and beliefs, knowledge and routine practice of health professionals in PHC in relation to the identification, control and evaluation of the risk of their patients falling. This knowledge will help to identify best strategies for informing health and education policy makers as well as future researchers.

Health professionals working in Primary Health Care structures are the first point of contact with the elderly, they should review their perceptions and beliefs about fall prevention, as part of aging, to convince them that falls are a matter of priority. Among their elderly patients, that they are prevented or reduced by special interventions and to devote more time to fall risk assessment and patient education on appropriate programs.

**Keywords:** prevention of falls in the elderly, Beliefs and perceptions, Primary Health Care Health professionals

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πτώσεις σε ηλικιωμένους είναι μια σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία και ένας βασικός τομέας προτεραιότητας για την προληπτική υγειονομική περίθαλψη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2017) όρισε την πτώση ως *«ένα απροσδόκητο γεγονός όπου ο συμμετέχων έρχεται σε επαφή με το έδαφος, το πάτωμα ή με ένα χαμηλότερο επίπεδο, χωρίς πρόθεση και δεν είναι αποτέλεσμα βίαιου σπρωξίματος, απώλειας συνείδησης ή ξαφνικής παράλυσης»*. Η πτώση μπορεί να προκαλέσει καταστροφικές συνέπειες για το άτομο, οδηγώντας ενδεχομένως σε αυξημένη νοσηρότητα, φόβο πτώσης, μειωμένη ποιότητα ζωής, μεγαλύτερη εξάρτηση από άλλους, ιατρική αντιμετώπιση και πρόωρη θνησιμότητα. [20,22]

Ένα στα τρία άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, και τα μισά από αυτά άνω των 85 ετών, έχουν υποστεί πτώση τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Από αυτούς που πέφτουν, έως και 30% υποφέρουν από σοβαρό τραυματισμό και μπορεί να χρειαστούν νοσηλεία, η οποία εκτιμάται ότι κοστίζει κατά μέσο όρο στο σύστημα δημόσιας υγείας 30.000 \$ ανά άτομο από έρευνες που έγιναν στην Αμερική και ανάλογα στην Ευρώπη. [6]

Σ' έναν ταχέως γηράσκοντα παγκόσμιο πληθυσμό, το κόστος των πτώσεων προβλέπεται να κλιμακωθεί ανάλογα. Αυτό ενισχύει την επείγουσα ανάγκη δημιουργίας βιώσιμων τρόπων πρόληψης πτώσης και εφαρμογής στην κλινική πρακτική.[17,16]

Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου για πτώσεις είναι τροποποιήσιμοι όπως τα προβλήματα βάδισης και κινητικότητας, ισορροπίας, προβλήματα όρασης, περιβαλλοντικοί κίνδυνοι, διαχείριση παρενεργειών των φαρμάκων κ.α.. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι πτώσεις των ηλικιωμένων μπορούν να προληφθούν με κατάλληλη και έγκαιρη παρέμβαση. Εκτιμάται ότι με την άμεση κλινική εφαρμογή των ερευνητικών γνώσεων, η επίπτωση των πτώσεων μπορεί να μειωθεί από 25% έως 40%. Παρά την πληθώρα της έρευνας, η κλινική εφαρμογή των πρακτικών πρόληψης πτώσης είναι αργή, τυχαία και αποσπασματική. Τα ερευνητικά στοιχεία για την πρόληψη της πτώσης δεν έχουν εκφραστεί με καμία αξιοσημείωτη μείωση των ποσοστών πτώσης, τα οποία παρέμειναν σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητα για δεκαετίες . Πολλοί περίπλοκοι και αλληλένδετοι παράμετροι, που εμπλέκουν πολλούς παράγοντες, συμβάλλουν στην κακή εφαρμογή της έρευνας πρόληψης πτώσης στην πράξη. Σε όλες τις μελέτες, είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ είναι οι βασικοί συντελεστές για την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας για την πρόληψη πτώσεων σε ηλικιωμένων στην πράξη. [20,44]

Πολλές μελέτες που έγιναν στην Αυστραλία, τον Καναδά, τη Βόρεια Αμερική, τη Μαλαισία και το Ηνωμένο Βασίλειο με επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές πρωτοβάθμιας υγείας και εμπλέκονται στη διαχείριση γηριατρικών περιστατικών που είναι όπως :οι γενικοί ιατροί, ιατροί άλλων ειδικοτήτων , νοσηλευτές, διάφοροι ειδικοί θεραπευτές όπως Εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και φροντιστές , καταγράφοντας τις πεποιθήσεις, τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις

τους σε θέματα πτώσεων ηλικιωμένων, την εκτίμηση κινδύνου πτώσης, τις παρεμβάσεις, και τις πρωτοβουλίες πρόληψης πτώσης που εφαρμόζουν καθώς και τις πρακτικές παραπομπής. [4]

Διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να εφαρμόσουν πρακτικές πρόληψης πτώσης είτε ως αποτέλεσμα του στίγματος και της απόκρυψης πτώσεων από τους ηλικιωμένους, είτε των κλινικών χρονικών περιορισμών λόγω φόρτου εργασίας και ανταγωνιστικών άλλων νοσημάτων ή των αναποτελεσματικών οδών παραπομπής και έλλειψης πόρων με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εφαρμοστούν κλινικά τις υπάρχουσες γνώσεις τους για το θέμα. Η ανάλυση και η σύνθεση των σημερινών ποιοτικών στοιχείων σχετικά με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την πρόληψη πτώσεων σε ηλικιωμένους αποκάλυψε τρία γενικά θέματα. Αυτά ήταν προσωπικές και διαπροσωπικές επιρροές, κλινικά εμπόδια και περιορισμένα ερευνητικά στοιχεία. [2]

Ένα επαναλαμβανόμενο ζήτημα σε διάφορα κλινικά περιβάλλοντα είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να ελέγξουν τους παράγοντες κινδύνου των ηλικιωμένων για πτώση, επικαλούμενοι την απροθυμία των ηλικιωμένων να αποδεχτούν τον κίνδυνο πτώσης. Οι χρονικοί περιορισμοί στην κλινική πρακτική εκφράζονται επανειλημμένα ως σημαντικό εμπόδιο στις πρακτικές πρόληψης πτώσης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν την πρόληψη της πτώσης ως κλινική προτεραιότητα, σε σύγκριση με άλλα προβλήματα υγείας, στο σύντομο διαθέσιμο κλινικό τους χρόνο.[10,23]

Για το ηλικιωμένο άτομο, η πτώση θεωρείται συχνά ως αναπόφευκτο, ή ως «φυσιολογικό» μέρος της γήρανσης, ασήμαντο στη συνολική εικόνα της υγείας και της ευημερίας τους. Αυτή η αντίληψη οδηγεί σε σημαντικά εμπόδια στην αλλαγή συμπεριφοράς τους που αυξάνει τον κίνδυνο πτώσης. Χωρίς αναγνώριση του κινδύνου και χωρίς εμπιστοσύνη στην παρέμβαση, το άτομο δεν έχει την προθυμία να συμμετάσχει σε πρακτικές πρόληψης πτώσης. Ο σχεδιασμός κλινικών εργαλείων και προγραμμάτων κατάρτισης που βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με το θέμα της πτώσης με ένα ηλικιωμένο άτομο αποτελεί προτεραιότητα για μελλοντικούς ερευνητές και εκπαιδευτικούς. [4,44]

Μια μελέτη του 2017 για τις αντιλήψεις των ιατρών διαπίστωσε ότι το 95% πίστευε ότι οι ασθενείς τους είχαν πιο άμεσες απαιτήσεις από την πρόληψη της πτώσης. Ωστόσο, φαίνεται ότι το πρωταρχικό ζήτημα δεν είναι η διάδοση των ευρημάτων της έρευνας για την πρόληψη της πτώσης, αλλά η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να εφαρμόσουν αυτά τα ευρήματα στην κλινική τους πρακτική. [29]

Οι Επαγγελματίες Υγείας της ΠΦΥ μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προληπτική εξέταση (αξιολόγησης κινδύνου πτώσης ηλικιωμένων), στον εντοπισμό περιπτώσεων αυξημένου κινδύνου, στην προώθηση της πρόληψης πτώσης και στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ηλικιωμένων σε προγράμματα πρόληψης πτώσης.[41]



Σκοπός της έρευνας είναι να καταγράψει τις αντιλήψεις, τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και την συνήθη πρακτική των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ στην περιοχή της Φθιώτιδας, σε σχέση με τον εντοπισμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των κινδύνων πτώσης στους ασθενείς τους, τη διαχείριση πτώσεων και τις πρακτικές παραπομπής τους σε σύγκριση με τα αποδεικτικά στοιχεία για την πρόληψη των πτώσεων που εφαρμόζονται στην πράξη διεθνώς, από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ άλλων χωρών και τον εντοπισμό των εμποδίων και των αποτελεσματικών στρατηγικών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης πτώσεων.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. Το φαινόμενο της γήρανσης

#### 1. 1 Γήρανση και φυσική φθορά

Η *γήρανση* είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο, όπου με την πάροδο του χρόνου παρατηρούνται προοδευτικές, μη αναστρέψιμες μεταβολές στη λειτουργία των οργάνων, με μηχανισμούς που δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητοί. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει διάκριση μεταξύ «χρονολογικής» και «βιολογικής» ηλικίας, η οποία και απεικονίζει τη φυσιολογική φθορά, ο οργανισμός χάνει κάθε χρόνο (μετά το 40ο έτος της ηλικίας) το 1% των φυσιολογικών λειτουργιών του. Λειτουργίες όπως η νευρική αγωγιμότητα, η καρδιακή και η νεφρική λειτουργία, η αναπνευστική ικανότητα και γενικότερα, το έργο που παράγει ένας άνθρωπος φαίνεται να μειώνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας. [20]

Με μια αναλυτική εξέταση των πρόσφατων πληθυσμιακών μεταβολών, διαπιστώνεται ότι, και στην Ελλάδα, η τάση για γήρανση του πληθυσμού (η τάση, δηλαδή, αύξησης του ποσοστού των ηλικιωμένων στον συνολικό πληθυσμό) συνεχίζεται απρόσκοπτα. Ο ελληνικός πληθυσμός διαρκώς «γερνάει», καθώς παρατηρείται αύξηση του μέσου όρου ηλικίας και ταυτόχρονη μείωση των γεννήσεων. Με την αναμενόμενη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης το ποσοστό αυτό το 2035 αναμένεται να αντιστοιχεί στο 26,3%. Ως το 2050 πάνω από το ¼ του παγκόσμιου πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών (Eurostat statistics). Η αλλαγή αυτή στην πληθυσμιακή πυραμίδα σε παγκόσμιο επίπεδο υπαγορεύει αλλαγές τόσο στην κοινωνική πολιτική όσο και στις υπηρεσίες υγείας (Γηριατρική Ειδικότητα, Πολυδύναμη Γηριατρική Αξιολόγηση). [44]

Γήρανση είναι το σύνολο των μορφολογικών, βιολογικών και ψυχολογικών διαδικασιών που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου σε όλους τους ζώντες οργανισμούς, ανεξάρτητα από τις τυχόν καθαρά παθολογικές καταστάσεις. Είναι μια ιδιαίτερα εξατομικευμένη διαδικασία που συνοδεύεται από φυσιολογικές μεταβολές οι οποίες οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργίας οργάνων, μειωμένη αντιδραστικότητα του οργανισμού, μειωμένη ικανότητα ανάκαμψης και ανάρρωσης, ελάττωση με ανατομικές και λειτουργικές μονάδες, μείωση του μεταβολισμού, αυξημένη ευαισθησία στο στρες

(ενδογενές και εξωγενές), διαταραχές ενδοκυτταρικής και εξωκυτταρικής ομοιοστασίας, μείωση της αναπαραγωγικής δραστηριότητας και τελικά η αύξηση της πιθανότητας θανάτου [32]

Παρ' όλες της μεταβολές που προαναφέρθηκαν, δεν υπάρχει ακριβής τρόπος να προσδιοριστεί ποσοτικά πόσο «ηλικιωμένος» είναι κάποιος. Ο ορισμός του «ηλικιωμένου» δίνεται από τη χρονολογική ηλικία η οποία όμως συχνά δεν αντιστοιχεί στην πραγματική κατάσταση ή με άλλα λόγια στην βιολογική ηλικία του ατόμου. Η ευρεία ετερογένεια στην βιολογική ηλικία μεταξύ ατόμων της ίδιας ηλικίας καθορίζεται από πολλούς παράγοντες όπως τη λειτουργία οργάνων και συστημάτων, τα συνοδά νοσήματα, τον τρόπο ζωής κ.α. Αυτό βεβαίως που έχει σημασία στη Γηριατρική είναι η βιολογική και όχι η χρονολογική ηλικία γι' αυτόν τον λόγο η γηριατρική χρησιμοποιεί την κλίμακα CGA (Comprehensive Geriatric Assessment – Πολυδύναμη Γηριατρική Αξιολόγηση) σαν εργαλείο για την εκτίμηση της φυσικής, πνευματικής και συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου. [5]

## 1.2 Μοντέλα γήρανσης

Πρακτικά αναγνωρίζονται τρία μοντέλα γήρανσης:

A) περίπου το 10-15% των ηλικιωμένων γερνά χωρίς να παρουσιάζει σημαντικές ασθένειες, διατηρούμενοι σε άριστη γενική κατάσταση αποκαλούνται «**ικανοί**» («fit»)

B) αυτοί που παρουσιάζουν πολλαπλές παθολογίες με έντονη εξασθένηση των λειτουργιών αποκαλούνται «**ευπαθείς**» («frail»)

Γ) και η ενδιάμεση κατηγορία που είναι και η πολυπληθέστερη οι οποίοι παρουσιάζουν μέτριας βαρύτητας προβλήματα αποκαλούνται «**ευαίσθητοι**» («vulnerable»). Επομένως, το γήρας χαρακτηρίζεται από προοδευτική ελάττωση της λειτουργικότητας πολλών οργανικών συστημάτων, ανεξάρτητα από διάφορες παθολογικές καταστάσεις που περιπλέκουν την διαδικασία γήρανσης. [14]

## 1.3 Επιπτώσεις γήρατος στα συστήματα του οργανισμού

Το γήρας οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές:

- **Στο νευρικό:** Γενικά, η γήρανση στο Κ.Ν.Σ. έχει άμεσες επιπτώσεις σε πολλές αισθητηριακές, κινητικές και γνωστικές ικανότητες και συμπεριφορές.
- **Στο μυο-σκελετικό:** Τα άτομα της τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα που επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και μπορεί να δυσκολέψουν ακόμη στην εκτέλεση λεπτών κινητικότητας. Όλα αυτά συνεπάγονται σε προβλήματα μυοσκελετικού συστήματος όπου αφορούν συνήθως μυϊκές ατροφίες, δυστροφίες, μειωμένη ελαστικότητα, δύναμη, αντοχή, ταχύτητα και εύρος κίνησης. Επίσης, επηρεάζεται σημαντικά με φθίνουσα πορεία ο νευρομυϊκός συντονισμός, η σταθερότητα και η ευστάθεια κατά την εκτέλεση συντονισμένων κινήσεων.

- **Στο καρδιαγγειακό:** Με την αύξηση της ηλικίας ελαττώνεται η ικανότητα της καρδιάς να αντλεί το αίμα (χαμηλότερος καρδιακός ρυθμός) με επακόλουθο αυτή να καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια (μεγαλύτερο έργο σε συνδυασμό με τη μείωση καρδιακής παροχής), ώστε να διοχετεύσει την απαραίτητη ποσότητα αίματος σε ολόκληρο στο σώμα.

Τα αιμοφόρα αγγεία της καρδιάς με την πάροδο της ηλικίας χάνουν την ελαστικότητά τους. Στα τοιχώματα των αγγείων δημιουργούνται αθηρωματικές πλάκες, με αποτέλεσμα τη στένωσή τους. Αυτό έχει ως συνέπεια ο καρδιακός μυς να χρειάζεται να καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια, ώστε να διοχετεύει το αίμα στις αρτηρίες με τα σκληρά, στενά τοιχώματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη πίεση του αίματος (υπέρταση) που συνεπάγεται αυξημένος κίνδυνος να εμφανιστούν παροδικά επεισόδια καρδιακής ανεπάρκειας, ανακοπής και προδιάθεσης πτώσης.[41]

- **Στο αναπνευστικό σύστημα:** Η φυσιολογική γήρανση του αναπνευστικού συστήματος αποδίδεται σε δομικές μεταβολές του θωρακικού τοιχώματος, του πνευμονικού παρεγχύματος και των αναπνευστικών μυών. Οι δομικές αυτές αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα λειτουργικές μεταβολές, όπως αυξημένη δυσκαμψία του θωρακικού τοιχώματος, μειωμένη ελαστική επαναφορά και αυξημένη διατασιμότητα των πνευμόνων αφενός, παγίδευση αέρα, υπερδιάταση και επιδείνωση της ισχύος των αναπνευστικών μυών αφετέρου.[37]

## 2. Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τις πτώσεις στην τρίτη ηλικία.

### 2.1 Πτώσεις – ορισμός

Ως πτώση χαρακτηρίζεται «η χωρίς πρόθεση επαφή με το έδαφος ή με ένα χαμηλότερο επίπεδο, που δεν είναι αποτέλεσμα βίαιου σπρωξίματος, απώλειας συνείδησης ή ξαφνικής παράλυσης που εμφανίζεται μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή επιληπτική κρίση». Στα άτομα τρίτης ηλικίας οι πτώσεις σχετίζονται με τις επιπτώσεις της γήρανσης στον οργανισμό και ειδικότερα με την απώλεια δύναμης, τις αλλαγές στην όραση, τις αλλαγές στην ισορροπία, της έλλειψης της ελαστικότητας και τα μειωμένα αντανακλαστικά. [20,44]

Έρευνες σε σχέση με την τρίτη ηλικία αναφέρουν ότι περίπου το 25%-35% του συνολικού πληθυσμού άνω των 65 ετών αναφέρουν πτώση 1-2 φορές τον χρόνο, ενώ η πιθανότητα πτώσεων για τα άτομα άνω των 80 ετών φτάνει το 50%. Επίσης, ηλικιωμένοι που έχουν πέσει μια φορά είναι 2-3 φορές πιθανότερο να πέσουν ξανά μέσα στον ίδιο χρόνο με σοβαρό κίνδυνο τραυματισμού [43]

### 2.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά πτώσεων

Οι πτώσεις μεταξύ των ηλικιωμένων αποτελούν πρόβλημα δημόσιας υγείας, λόγω της συχνότητάς τους και τις αρνητικές συνέπειες, όσο αφορά την υψηλή νοσηρότητα, θνησιμότητα, ποιότητα ζωής καθώς και το αντίκτυπο στις υπηρεσίες του συστήματος υγείας.

Επίσης, επιβαρύνουν σημαντικά τόσο το ίδιο το άτομο και την οικογένεια του όσο και στο σύστημα υγείας. Επιπρόσθετα, η συχνότητά τους μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό τραυματισμό, νοσοκομειακή περίθαλψη και αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης [38]

### **2.3 Οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας από τις πτώσεις ηλικιωμένων**

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περισσότερο από 2,6 εκατομμύρια ηλικιωμένοι, οι οποίοι υπερβαίνουν το 65ο έτος της ηλικίας τους, υφίστανται μια πτώση κάθε χρόνο που απαιτεί ιατρική περίθαλψη, με συνέπεια το ιατρικό κόστος να ξεπερνά τα 19 δις εκατομμύρια δολάρια. Το μέσο κόστος των τραυματισμών από πτώσεις, χωρίς την εισαγωγή στο νοσοκομείο κυμαινόταν από 3.476 έως 10.749 δολάρια ανά πτώση και το κόστος αυξήθηκε στα 26.483 δολάρια για όσους είχαν νοσηλευτεί.[11]

Στο Ηνωμένο Βασίλειο 650.000 ηλικιωμένοι άνω των 65ετών που πέφτουν ετησίως, χρειάζεται να επισκεφθούν το νοσοκομείο με δαπάνες που προσεγγίζουν το 1 δισεκατομμύριο λίρες. Στον Καναδά, μέσω των αποτελεσμάτων έρευνας σε δείγμα 100 ατόμων προέκυψε ότι το μέσο κόστος ανά πτώση, στο τμήμα που εξυπηρετεί τα επείγοντα περιστατικά ανερχόταν στα 11.408 δολάρια. Στην Αυστραλία, το ελάχιστο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης ανά πτώση υπολογίστηκε σε 841 δολάρια και το μέγιστο σε 1024 δολάρια. Στην Κίνα, 25.000.000 ηλικιωμένοι πέφτουν κάθε χρόνο, από τους οποίους οι γυναίκες τίθεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο πτώσης από ότι οι άντρες. Από τα συνολικά 60-80 δισεκατομμύρια Yuan που χορηγούνται για το σύστημα υγείας, τα 5 δισεκατομμύρια yuan δαπανώνται για τις πτώσεις των ηλικιωμένων.[11]

Μια ακόμη πιο ουσιαστική συνέπεια από το χρηματικό κόστος της πτώσης είναι και η επίδραση του τραυματισμού για την ζωή του ατόμου και της οικογένειάς του. Η πτώση μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε απώλεια της ανεξαρτησίας, μειωμένη ποιότητα ζωής, ανησυχία και κατάθλιψη.

Το φαινόμενο των πτώσεων στην Ελλάδα, παρόλο που δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά όπως σε άλλες χώρες, εκτιμάται ότι έχει παρόμοιο αντίκτυπο στον πληθυσμό των ηλικιωμένων & υπερηλίκων της χώρας.[44]

Σε συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε το 2010 διαπιστώθηκε ότι η πρόληψη των πτώσεων μέσω προγραμμάτων παρέμβασης είχε ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση χρημάτων από τα εθνικά συστήματα υγείας των χωρών όπου έτυχε εφαρμογής και προτείνει τα συστήματα υγείας να κατευθυνθούν σε προγράμματα πρόληψης μέσω των δομών τους όπως η ΠΦΥ. [24]

### **2.4 Πρόληψη πτώσης ηλικιωμένων**

Οι πτώσεις σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών είναι ένα σημαντικό ζήτημα υγείας που σχετίζεται με υπερβολική θνησιμότητα, λειτουργικούς περιορισμούς, την απώλεια ανεξαρτησίας και τη μειωμένη ποιότητα ζωής. Οι γιατροί και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές ΠΦΥ που

βασική αποστολή τους είναι και η πρόληψη, μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα πτώσης στους ηλικιωμένους ασθενείς τους, ενσωματώνοντας στρατηγικές πρόληψης στην κλινική τους πρακτική.

Η έρευνα έχει εντοπίσει αποτελεσματικές παρεμβάσεις, ιδίως την κλινική αξιολόγηση και τα προγράμματα μείωσης των παραγόντων κινδύνου όπως η άσκηση της ισορροπίας, που αν υιοθετηθούν από τους ηλικιωμένους έχουν θετικά αποτελέσματα. Παράγοντες που διευκολύνουν την υιοθέτηση παρεμβάσεων πρόληψης πτώσεων προϋποθέτουν την κοινωνική υποστήριξη και την εμπέδωση της αντίληψης στους επαγγελματίες υγείας αλλά και στους ηλικιωμένους ότι τα προγράμματα είναι αποτελεσματικά. Για να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ασθενών τους, οι γιατροί πρέπει να παρουσιάσουν τις παρεμβάσεις πρόληψης πτώσεων ως τρόπο ζωής και ως τρόπο ανεξαρτησίας τους. Τα μηνύματα θα πρέπει να εστιάζονται στα θετικά οφέλη για την ατομική τους υγεία, την κοινωνία και τη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους, αντί να υπογραμμίζονται οι αρνητικές πληροφορίες σχετικά με τις πτώσεις και τους τραυματισμούς. Μαζί με την υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων, μια προσωπική επαφή με έναν επαγγελματία υγείας θα ενθαρρύνει τους ηλικιωμένους να λάβουν μέρος σε προγράμματα πρόληψης πτώσης. [39]

## **2.5 Στρατηγικές πρόληψης πτώσης και Κλινική αξιολόγηση**

Το 2001, η Αμερικανική Εταιρεία Γηριατρικής (AGS) δημοσίευσε μια κλινική οδηγία που παρέχει πληροφορίες στους ιατρούς για κλινική αξιολόγηση και διαχείριση κινδύνων που αφορούν πτώσεις ηλικιωμένων, προσαρμοσμένες για διαφορετικές ομάδες ασθενών.

Η οδηγία προτείνει ότι οι ηλικιωμένοι που έρχονται σε δομές ΠΦΥ για έλεγχο ρουτίνας θα πρέπει να ρωτηθούν και να αξιολογηθούν για πτώσεις τουλάχιστον μία φορά ανά έτος. Εκείνοι που αναφέρουν έστω μία πτώση θα πρέπει να αξιολογούνται για αστάθεια με τεστ ισορροπίας, όπως το Get Up and Go Test.[1]

Οι οδηγίες για ασθενείς που έχουν προβλήματα βάδισης ή ισορροπίας ή που νοσηλεύονται λόγω πτώσης ή που αναφέρουν επαναλαμβανόμενες πτώσεις πρέπει να υποβάλλονται σε πλήρη κλινική αξιολόγηση. Αυτή περιλαμβάνει μια σειρά από αξιολογήσεις συμπεριλαμβανομένης του ιστορικού της πτώσης, την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει καθώς και τη διερεύνηση για χρόνια ιατρικά προβλήματα όπως η εξέταση οπτικής οξύτητας, test βάδισης, test ισορροπίας και λειτουργικότητα ποδοκνιμικής άρθρωσης, βασική νευρολογική εξέταση και καρδιαγγειακή αξιολόγηση.

Αν και αυτές οι συστάσεις ήταν ευρέως διαθέσιμες από το 2001, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οι γιατροί δεν τις ενσωμάτωσαν στην κλινική πρακτική επειδή πολλοί ένιωθαν ότι δεν έχουν επαρκή γνώση για τα πλεονεκτήματα σχετικά με την εκτίμηση κινδύνου ή τις μεθόδους πρόληψης πτώσεων.

Η έρευνα έχει δείξει ότι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι οι πολυ-παραγοντικές που χρησιμοποιούν μια ποικιλία προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση πολλαπλών παραγόντων κινδύνου πτώσης με αποτέλεσμα τη μείωση του κινδύνου πτώσης κατά περίπου 28%. Ωστόσο, το ποσοστό της

μείωσης του κινδύνου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το είδος, ο τρόπος και η ένταση της παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις πρέπει να περιλαμβάνουν εκπαίδευση βάρδιας και συμβουλές για την κατάλληλη χρήση βοηθητικών συσκευών βάρδιας, αναθεώρηση και τροποποίηση των φαρμάκων ιδίως των ψυχοτρόπων, προγράμματα άσκησης που περιλαμβάνουν εκπαίδευση ισορροπίας, διόρθωση της στάσης του σώματος, ρύθμιση αρτηριακής πίεσης, έλεγχος ορθοστατικής υπότασης και τροποποίηση του περιβάλλοντος που διαμένει ο ηλικιωμένος. Για άτομα με μακροχρόνια φροντίδα και υποβοηθούμενη διαβίωση πρέπει, οι παρεμβάσεις που εφαρμόζουμε να περιλαμβάνουν και προγράμματα εκπαίδευσης των φροντιστών σε θέματα βάρδιας, συμβουλές για την κατάλληλη χρήση βοηθητικών συσκευών καθώς και αναθεώρηση ή και τροποποίηση φαρμάκων, ειδικά ψυχοτρόπων. [1]

## **2.6 Προσέγγιση προληπτικής φροντίδας για υγιή γήρανση στην Ευρώπη**

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει εντοπίσει τομείς προτεραιότητας για υγιή γήρανση, που μεταξύ άλλων είναι και οι πτώσεις (Ευρωπαϊκή Σύμπραξη Καινοτομίας για την Ενεργή και Υγιή Γήρανση, 2013 ).

Το 2019 σε μελέτη που έγινε σε πέντε Ευρωπαϊκές πόλεις, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Μάντσεστερ στο Ηνωμένο Βασίλειο, Παλλήνη στην Ελλάδα, Ριέκα στην Κροατία, Ρότερνταμ στις Κάτω Χώρες και Βαλένθια, στην Ισπανία), αξιολογήθηκε μια συντονισμένη προσέγγιση προληπτικής φροντίδας που στόχευε στην υγιή γήρανση μειώνοντας τις πτώσεις, την πολύ-φαρμακευτικότητα, τη μοναξιά και την αδυναμία σε ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα.[19]

Ο πληθυσμός στόχος ( $n = 2.825$ ), αποτελούνταν από άτομα που ζούσαν ανεξάρτητα, ηλικίας 75 ετών και άνω, τα οποία, σύμφωνα με τον γιατρό τους, ήταν σε θέση να συμμετάσχουν σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης για τουλάχιστον 6 μήνες. Σε κάθε πόλη, οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην προσέγγιση, ήταν εργαζόμενοι σε δομές ΠΦΥ και στην Ελλάδα συγκεκριμένα ήταν οι εργαζόμενοι του Κέντρου Υγείας Παλλήνης. Οι αποφάσεις για την φροντίδα των ηλικιωμένων λήφθηκαν από έναν συντονιστή ιατρό, μαζί με έναν επαγγελματία υγείας και μερικές φορές με τη συμμετοχή ενός άτυπου φροντιστή. Άλλοι επαγγελματίες που εμπλέκονταν στη φροντίδα ήταν φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φαρμακοποιοί και εθελοντές.[19]

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει συγκεκριμένα στοιχεία της διαδικασίας προσέγγισης των ηλικιωμένων καθώς και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας καταγράφοντας και τα προβλήματα εφαρμογής.

Η αποτελεσματικότητα της παροχής φροντίδας σε ηλικιωμένους με αυξημένο κίνδυνο πτώσης που περιείχε προγράμματα άσκησης μεταξύ των παρεμβάσεων, προσαρμογές στο σπίτι και φυσικοθεραπείες διέφερε από πόλη σε πόλη. Στη Ριέκα και στη Βαλένθια, άτομα που είχαν ένδειξη αστάθειας προσφέρθηκαν να εγγραφούν σε παρεμβάσεις για τις πτώσεις σε αντίθεση με τους άλλους συμμετέχοντες των άλλων πόλεων. Στη Ριέκα και την Παλλήνη οι ασθενείς δήλωσαν ότι η τήρηση και η εφαρμογή

λήψης φαρμάκων γινόταν αυτοβούλως ενώ στις άλλες πόλεις τα άτομα λάμβαναν πληροφορίες φαρμακευτικής αγωγής από τον φαρμακοποιό τους.[19]

Οι συμμετέχοντες ασθενείς στην πόλη της Παλλήνης στην Ελλάδα, δήλωσαν ότι δεν είχαν γνώση ή πληροφόρηση για την ύπαρξη προγραμμάτων πρόληψης πτώσεων και οι εργαζόμενοι στο Κ.Υ. Παλλήνης ανέφεραν ότι δεν έχουν λάβει κάποιου είδους εκπαίδευσης σε θέματα γηριατρικής και δεν γνώριζαν για τα προγράμματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων. Σε αντίθεση οι εργαζόμενοι σε δομές των άλλων πόλεων ανέφεραν ότι γνώριζαν την ύπαρξη προγραμμάτων πρόληψης αλλά αντιμετώπιζαν προβλήματα στην εφαρμογή επικαλούμενοι διάφορα εμπόδια.

Αν και η συντονισμένη προληπτική φροντίδα φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα, υπάρχουν εμπόδια στην εφαρμογή της που εμποδίζουν την συμμετοχή του ατόμου στην λήψη προληπτικής φροντίδας. Ένα από αυτά είναι η μεταφορά και η πρόσβαση των ηλικιωμένων στους χώρους παροχής φροντίδας (κέντρο υγείας) ειδικότερα από άτομα που έχουν περιορισμένη κινητικότητα. Η δυσπιστία απέναντι σε άγνωστους παρόχους φροντίδας και η έλλειψη εμπιστοσύνης για ορισμένες δραστηριότητες φροντίδας και παρεμβάσεις είναι τα κύρια εμπόδια για την αποδοχή φροντίδας από τους ηλικιωμένους. Είναι επομένως σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να δημιουργήσουν μια αξιόπιστη σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς τους και να επικεντρωθούν σε ψυχοκοινωνικά εμπόδια που μπορεί να επηρεάσουν τις αποφάσεις για τη λήψη φροντίδας τους.[19]

### **3. Εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ κατά τη διαχείριση πτώσεων σε ηλικιωμένους**

Σε μελέτη που έγινε στη Μαλαισία, που στόχο είχε τη διερεύνηση εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά τη διαχείριση πτώσεων που αφορούν ηλικιωμένους κατέληξαν σε τέσσερις κατηγορίες εμποδίων που αυτά αφορούν τους *ηλικιωμένους*, εμπόδια που αφορούν τους *επαγγελματίες υγείας*, την έλλειψη υποστήριξης *φροντιστών* και εμπόδια του *συστήματος υγειονομικής περίθαλψης*. [31]

#### **3. 1 Εμπόδια που αφορούν τους ηλικιωμένους**

##### **- Αδιαφορία –απόκρυψη πτώσεων**

Οι επαγγελματίες υγείας αντιλήφθηκαν ότι τα ηλικιωμένα άτομα αγνοούν τις πτώσεις και θεωρούν ότι αποτελούν μέρος της κανονικής διαδικασίας γήρανσης και πιστεύουν ότι είναι αναπόφευκτες λόγω γήρατος.

##### **- Στίγμα γύρω από τις πτώσεις**

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν την πτώση ως στίγμα, επειδή συσχετίζουν την πτώση με την απώλεια της ανεξαρτησίας τους και φοβόντουσαν το ενδεχόμενο εισαγωγής τους σε γηροκομείο με απόφαση των οικογενειών τους.

- ***Απροθυμία στη χρήση βοηθητικών συσκευών***

Μερικοί ηλικιωμένοι θεωρούσαν ότι η χρήση βοηθητικών συσκευών στήριξης, όπως τα μπαστούνια, τους στιγματίζει, και πίστευαν ότι η χρήση τέτοιων βοηθημάτων είναι ένα σημάδι αδυναμίας που αντικατοπτρίζει μια αλλαγή στην εικόνα ενός ανήμπορου ατόμου.

- ***Ζητήματα τροποποίησης σπιτιού***

Ζητήματα όπως ο ανεπαρκής χώρος, εμπόδια από έπιπλα, χαλιά, μερικές φορές το ίδιο το σχέδιο σπιτιού είναι επικίνδυνο για τον ηλικιωμένο. Οι επαγγελματίες υγείας όταν παρέχουν συμβουλές σχετικά με την τροποποίηση του σπιτιού αντιμετωπίζουν προβλήματα και απροθυμία για αλλαγές από τους ηλικιωμένους αλλά και από τους οικείους του που διαμένουν μαζί.

- ***Μοιρολατρία***

Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν εμπόδια με την παροχή συμβουλών σχετικά με δράσεις πρόληψης πτώσης, όπως η άσκηση και η παραπομπή στη φυσιοθεραπεία γιατί τα ηλικιωμένα άτομα θεωρούν το θάνατο αναπόφευκτο και πιστεύουν ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει για να αποφευχθεί η επιδείνωση της υγείας τους ή να αποτραπεί ο θάνατος που πιστεύουν ότι είναι κοντά.

- ***Άρνηση***

Γιατροί ανέφεραν ότι ορισμένοι ηλικιωμένοι αρνούνται να αποδεχτούν ότι είχαν πτώση η οποία οφειλόταν σε μυϊκή αδυναμία ή προβλημάτων στα γόνατα, αστάθειας ή και προβλημάτων βάδισης. Οι ηλικιωμένοι δεν αποδέχτηκαν τον κίνδυνο που διατρέχουν λόγω μιας ορισμένης συμπεριφοράς τους που τους επισημάνθηκε και θα μπορούσε να οδηγήσει σε πτώση.[31]

### **3. 2 Εμπόδια που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας**

- ***Υπό εκτίμηση πτώσεων***

Ορισμένοι γιατροί «υποεκτίμησαν» την επίπτωση των πτώσεων επειδή δεν το είδαν ως προτεραιότητα ή ως κάτι πιο σοβαρό λόγω των αντιλήψεων και των πεποιθήσεών τους για το θέμα, με αποτέλεσμα παρείχαν μόνο βασικές συμβουλές χωρίς να διερευνήσουν τις πιθανές αιτίες πτώσης.

- ***Έλλειψη κλινικών δεξιοτήτων στη διαχείριση πτώσεων***

Πολλοί επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι δεν είχαν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες στη διαχείριση πτώσεων. Ορισμένοι δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν την αξία και την αποτελεσματικότητα της άσκησης στην πρόληψη πτώσεων. Άλλοι ανέφεραν ότι λόγω έλλειψης δεξιοτήτων που είχε σαν αποτέλεσμα την μη έγκαιρη διάγνωση μειωμένης όρασης λόγω καταρράκτη καθώς και η κακή χρήση βοηθημάτων κινητικότητας λόγω εσφαλμένων οδηγιών είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση κινδύνου πτώσης σε ηλικιωμένους. [31]



- *Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των συναφών ειδικοτήτων που διαχειρίζονται γηριατρικά περιστατικά ασθενών*

Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας θεώρησαν σωστό να λειτουργούν ανεξάρτητα, χωρίς να έχουν όλες τις σχετικές πληροφορίες και τις γνώσεις και να μην συζητούν ή να παραπέμπουν σε άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στη διαχείριση πτώσεων. Επομένως, οι ηλικιωμένοι με κίνδυνο πτώσης σπάνια παραπέμφτηκαν σε κλάδους, όπως σε φυσιοθεραπευτές και ειδικούς επαγγελματίες θεραπευτές. Μερικές φορές, οι ρόλοι των φυσιοθεραπευτών και των εργοθεραπευτών δεν είναι γνωστοί από ορισμένους υγειονομικούς με αποτέλεσμα, να μην παραπέμπουν ασθενείς που κινδυνεύουν, σε αυτούς, και έτσι ορισμένα άτομα να υποστούν πτώση που ενδεχομένως να είχαν αποφύγει. [31]

### **3.3 Έλλειψη υποστήριξης φροντιστών**

- *Απόφαση εισδοχής σε γηροκομείο*

Ορισμένοι φροντιστές δεν είχαν ενημέρωση για θέματα πρόληψης πτώσεων με αποτέλεσμα να παίρνουν μια πρόωγη απόφαση να εισάγουν τους συγγενείς τους που υποφέρουν από επανειλημμένες πτώσεις στα γηροκομεία επειδή αντιμετώπισαν δυσκολία στη φροντίδα τους.

- *Ενίσχυση της εξάρτισης των ηλικιωμένων*

Μερικοί φροντιστές ανησυχούν υπερβολικά για τους ηλικιωμένους που φροντίζουν και έχουν επαναλαμβανόμενες πτώσεις με αποτέλεσμα να διστάζουν να επιτρέψουν σε αυτούς τους ανθρώπους να περπατήσουν ανεξάρτητα, με αποτέλεσμα αυτά τα ηλικιωμένα άτομα να βασίζονται σε αυτούς για καθημερινές δραστηριότητες και να χάνουν την ανεξαρτησία τους.[31]

### **3.4 Εμπόδια του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης**

- *Έλλειψη προσωπικού και εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης*

Οι επαγγελματίες υγείας υπογράμμισαν την έλλειψη προσωπικού με αποτέλεσμα να μην έχουν χρόνο για τη διαχείριση των πτώσεων των ηλικιωμένων στην καθημερινή τους πρακτική. Ως εκ τούτου, δεν μπορούν να ελέγξουν τους ηλικιωμένους για πτώσεις λόγω του υψηλού φόρτου των ασθενών και των χρονικών περιορισμών. Επιπλέον, τόνισαν ότι δεν υπάρχουν δομές που παρείχαν προσαρμοστικά προγράμματα πρόληψης πτώσεων για ηλικιωμένους εντός ή και εκτός του νοσοκομείου, ή αν υπήρχαν δεν το γνώριζαν οι ίδιοι και δεν είχαν ενημερωθεί. Επομένως, δεν μπορούσαν να κατευθύνουν τους ηλικιωμένους ή τους φροντιστές σε ένα σημείο προσφοράς αυτών των υπηρεσιών.[36]

- *Έλλειψη συνέχειας φροντίδας στη διαχείριση των πτώσεων*

Η έλλειψη συνέχειας της φροντίδας ήταν επίσης ένα ζήτημα στη διαχείριση των πτώσεων. Οι επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν την άποψη ότι οι ασθενείς ενδέχεται να δουν έναν διαφορετικό γιατρό στην επόμενη παρακολούθησή τους, επομένως αυτό καθιστά δύσκολο για αυτούς να διαχειριστούν τις

πτώσεις αυτών των ασθενών, οι οποίες πρέπει να παρακολουθούνται από την έναρξη τους αδιάληπτα. Δεν υπήρχε επίσης παρακολούθηση των ηλικιωμένων που παραπέμφθηκαν για επισκέψεις στο σπίτι. Μετά την πρώτη παραπομπή, ο εργοθεραπευτής θα επισκεφθεί το σπίτι του ασθενούς και θα προταθούν οι απαραίτητες αλλαγές. Ωστόσο, μετά από αυτήν την επίσκεψη, οι επισκέψεις παρακολούθησης δεν πραγματοποιούνται ποτέ.[31]

- ***Έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού***

Υπάρχει έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού σχετικά με τις πτώσεις και την πρόληψη τους, και οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που διαχειρίζονται πτώσεις παρέχουν μόνο λεκτικές συμβουλές χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να χορηγούν κατάλληλα έντυπα.[31]

- ***Έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε πτώσεις και η πρόληψή τους***

Οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι έλαβαν ανεπαρκή ή καθόλου εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση πτώσεων. Τονίστηκε επίσης η έλλειψη ενημερώσεων και σεμιναρίων σχετικά με τη διαχείριση πτώσεων. Επιπλέον, δεν υπήρχε διαθέσιμη κλινική οδηγία κεντρικά για τη διαχείριση των πτώσεων.[31]

#### **4. Παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχή εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης πτώσης**

Υπάρχει μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την εφαρμογή πρακτικών πρόληψης πτώσης. Αυτά σχετίζονται με τους ηλικιωμένους, τις οικογένειες, τους επαγγελματίες υγείας και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να βελτιωθεί η εφαρμογή της πρόληψης πτώσης, πρέπει να αντιμετωπιστούν οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές σε ατομικό, οργανωτικό και κοινωνικό επίπεδο. Φαίνεται σημαντικό στην κλινική πρακτική το να λαμβάνετε υπόψη η γνώμη των ηλικιωμένων και να εξακριβώνετε ποιες αλλαγές είναι διατεθειμένοι να κάνουν προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο πτώσης τους

Συστηματική ανασκόπηση του 2012 μελέτησε τρεις παράγοντες που πρέπει να συνυπολογιστούν για τον σχεδιασμό και την επιτυχή εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης πτώσης: *οικονομικοί παράγοντες* (κόστος), *πρόσβαση στην παρέμβαση* και *χρόνος*, και πως τους αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας.[8]

##### **4.1 Οικονομικοί παράγοντες**

Σε πολλές μελέτες γίνεται αναφορά για το οικονομικό κόστος που χρειάζεται η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης πτώσης τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στα συστήματα υγείας.

*Για το ηλικιωμένο άτομο*, ενδέχεται να υπάρχει οικονομική επιβάρυνση που σχετίζονται με την αγορά βοηθημάτων κινητικότητας, τη μεταφορά του από και προς τα σημεία παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης (όπως μαθήματα άσκησης), ενώ η οικονομική συμμετοχή σ' αυτά τις περισσότερες φορές καλύπτετε από

τον ίδιο. Φαίνεται ότι πολλοί ηλικιωμένοι που ζουν στην κοινότητα δεν έχουν τα οικονομικά μέσα για να συμμετέχουν πλήρως σε παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης. Σε χώρες όπου η φαρμακευτική αγωγή δεν παρέχεται δωρεάν, το κόστος των φαρμάκων και των παρεμβάσεων μπορεί να είναι απαγορευτικό για τους ηλικιωμένους. Αυτή την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών οι γιατροί την λαμβάνουν υπόψιν και πολλές φορές λειτουργεί αποτρεπτικά στο να τους συστήσουν μια παρέμβαση. [9]

Σε επίπεδο *παρόχων υγειονομικής περίθαλψης*, όπως οι κλινικές πρόληψης πτώσης, διαπιστώθηκε ότι η υπό χρηματοδότηση τόσο από εθνικές χρηματοδοτήσεις όσο και από ιδιωτικά συστήματα ιατρικής ασφάλισης επηρέασε την ικανότητά τους να πραγματοποιούν ολοκληρωμένες ατομικές αξιολογήσεις κινδύνου πτώσης. Αυτό φαίνεται πιο έντονα στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου οι ηλικιωμένοι μπορούν να επιλέξουν από διάφορα συστήματα ασφάλισης, που προσφέρουν σημαντική διακύμανση, στην κάλυψη και την πληρωμή των διαφόρων πτυχών πρόληψης πτώσης.

Ωστόσο, τα ζητήματα κόστους δεν περιορίζονται αποκλειστικά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις μελέτες ανέφεραν ότι η έλλειψη επαρκούς αποζημίωσης για την αξιολόγηση πτώσεων, ήταν βασικό εμπόδιο για την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων πρόληψης πτώσης. Τόσο στην Αυστραλία όσο και στο Ηνωμένο Βασίλειο, η χρηματοδότηση για την πρόληψη πτώσεων επικεντρώνεται συχνά στη δευτερογενή πρόληψη πτώσεων και όχι στην πρωτογενή πρόληψη.[34]

Φαίνεται να υπάρχει επείγουσα ανάγκη να αυξηθούν οι διαθέσιμοι πόροι για την πρόληψη, επιπλέον προσωπικό, καθώς και βελτίωση της κατάρτισης σε όλους τους επαγγελματίες υγείας σε θέματα πρόληψης πτώσης και εκτίμησης κινδύνου. Για τις κοινωνίες γενικότερα, η αντιμετώπιση των πτώσεων αυξάνει το βάρος του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει συχνά έλλειψη εθνικής στρατηγικής εντός των χωρών για τον συντονισμό παρεμβάσεων πρόληψης πτώσεων. Με τη σειρά τους, υπάρχουν περιορισμοί στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, με ανεπαρκή πρόσβαση σε κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό για υπηρεσίες πρόληψης. Όποιες και αν είναι οι παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης, πρέπει να είναι βιώσιμες και πρέπει να υπάρχει στρατηγικός σχεδιασμός για να διασφαλιστεί ότι θα υπάρχουν διαθέσιμα χρήματα για όλη τη διάρκεια ζωής του προγράμματος.[34]

#### **4.2 Πρόσβαση στο χώρο παρέμβασης**

Η ευκολία πρόσβασης σ' ένα χώρο λειτουργίας προγραμμάτων πρόληψης πτώσης φαίνεται να διευκολύνει την επιτυχή εφαρμογή. Η οδηγική ανεξαρτησία κάποιων ηλικιωμένων διευκόλυνε σαφώς τη συμμετοχή τους.

Η πρόσβαση στο χώρο δεν επηρεάζεται μόνο από την ικανότητα οδήγησης, τη διαθεσιμότητα και το κόστος μεταφοράς, αλλά και από την απόσταση ταξιδιού, τις εγκαταστάσεις στάθμευσης αυτοκινήτων και τους αντιληπτούς εποχικούς περιορισμούς στην οδήγηση. Η εποχική επίδραση φαίνεται να έχει μεγαλύτερη σημασία σε χώρες που βιώνουν σκληρότερους και πιο παρατεταμένους χειμώνες. Μια μακρά

περίοδος χιονιού και πάγου θα μπορούσε να αυξήσει το φόβο πτώσης μεταξύ των ηλικιωμένων που κατοικούν στην κοινότητα, επιλέγοντας έτσι να περιορίσουν την εξωτερική κίνηση και τις μετακινήσεις.

Οι δημόσιες μεταφορές θέτουν επίσης πολλά εμπόδια στη συμμετοχή. Για παράδειγμα, σε μελέτη που έγινε στη Νέα Ζηλανδία τονίστηκε ότι όταν τα δρομολόγια των λεωφορείων δεν είναι συνεπή στην ώρα τους, η συμμετοχή σε παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης μειώθηκε σημαντικά. Το κόστος των μέσων μαζικής μεταφοράς ή της μεταφοράς με ιδιωτικό ταξί είναι επίσης απαγορευτικός παράγοντας για ορισμένα ηλικιωμένα άτομα.[12]

#### **4.3 Ο χρόνος**

Ο χρόνος επηρεάζει επίσης την επιτυχία ή την αποτυχία των παρεμβάσεων πρόληψης πτώσης με διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα, οι καθημερινές συνήθειες των ηλικιωμένων φαίνεται να αγνοούνται συχνά από τους επαγγελματίες υγείας, των οποίων η παραγωγική χρήση του χρόνου τους φαίνεται να έχει μεγαλύτερη προτεραιότητα. Η αντιληπτή έλλειψη χρόνου παραμένει σημαντικός παράγοντας για όλο το προσωπικό που εργάζεται σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Οι ανησυχίες σχετικά με την καλύτερη χρήση του χρόνου, συχνά εμφανίζονταν στο επίκεντρο της απόφασης σχετικά με το αν θα πραγματοποιήσουν ή όχι μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση κινδύνου πτώσης, ειδικά με ασθενείς με μειωμένη κινητικότητα. Η έλλειψη χρόνου περιορίζει την ικανότητα των ιατρών που εργάζονται στην ΠΦΥ να συμμορφώνονται με τις συστάσεις προληπτικών υπηρεσιών όπως και η πρόληψη πτώσεων σε ηλικιωμένους ασθενείς δίνοντας προτεραιότητα σε χρόνιες παθήσεις των ασθενών και στη συνταγογράφηση φαρμάκων.[43]

Οι χρονικοί περιορισμοί επιδεινώθηκαν από ανταγωνιστικές συννοσηρότητες σε ηλικιωμένους. Οι συννοσηρότητες ήταν συχνά πιο οξείες, αλλά και πιο εμφανείς, από τον κίνδυνο πτώσης των ατόμων. Κατά συνέπεια, η πρόληψη της πτώσης σπάνια αναγνωρίστηκε ως κλινική προτεραιότητα.[36]

Ένας βασικός παράγοντας που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες Υγείας στην ΠΦΥ που λειτουργεί αποτρεπτικά είναι η γραφειοκρατία. Χαρακτηριστικά επισημαίνουν ότι χρειάζονται πολλά έγγραφα που πρέπει να γίνουν προκειμένου μια νοσοκόμα ή ένας κοινωνικός λειτουργός να μεταβεί στην οικία ενός ασθενούς για να αξιολογήσει την ασφάλεια στον χώρο του.[15]

#### **4.4 Κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές στη χρήση (και αποδοχή) βοηθητικών συσκευών και τύπων άσκησης**

Η αναγνώριση ότι η χρήση των βοηθημάτων κινητικότητας είναι κατάλληλη και αποδεκτή καθορίζεται συχνά όχι από την σύσταση των επαγγελματιών υγείας αλλά από την ίδια κουλτούρα των ηλικιωμένων. Για παράδειγμα, οι Ιταλοί, οι Βρετανοί και οι Καναδοί διέφεραν στις απόψεις τους σχετικά με τη χρήση των μπαστούνιών. Μεταξύ των Βρετανών, η επικρατούσα άποψη ήταν ότι οι ηλικιωμένοι με δικής τους απόφαση κάνουν χρήση των βοηθημάτων στήριξης. Από την άλλη πλευρά, οι Ιταλοί ηλικιωμένοι περιέγραψαν πως οι γιατροί τους επέβαλαν την επιλογή αυτή. Αν και η χρήση βοηθημάτων

κινητικότητα μπορεί να γίνει σ' ένα μεγάλο φάσμα επιλογών, συχνά κρίνονταν από άλλους ως σύμβολο της απώλειας ανεξαρτησίας [ 26]

Ομοίως, όταν η άσκηση προτείνεται ως τρόπος παρέμβασης για πρόληψη πτώσης, η επιλογή σχετικά με τη συμμετοχή στα μαθήματα άσκησης φαίνεται να επηρεάζεται από κοινωνικούς και πολιτιστικούς κανόνες. Για καλύτερα αποτελέσματα των παρεμβάσεων άσκησης, μια μελέτη πρότεινε να προσφέρονται επιλογές στους ηλικιωμένους τόσο ως προς τον τύπο άσκησης που προσφέρεται όσο και με τον τρόπο επιλογής, δηλαδή η παρέμβαση να παρέχεται είτε ως ατομική είτε ως ομαδική δραστηριότητα [28].

Παρατηρήθηκε επίσης ότι πολλοί ηλικιωμένοι αντιπαθούν την ομαδική άσκηση καθώς ντρέπονται από την έλλειψη ικανοτήτων τους. Μία μελέτη στη Νέα Ζηλανδία έδειξε ότι οι άρρενες συμμετέχοντες μιας άσκησης παρέμβασης μπορεί να νιώθουν ντροπή για τη συμμετοχή τους σε ομάδα που δίδασκε Τάι Τσι (κινέζικος παραδοσιακός χορός), γιατί θεωρούσαν το στυλ και τον τύπο των ασκήσεων ως κυρίως γυναικείο. [28]

Αντίθετα, μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι Κινέζοι που ζουν στην Αγγλία προτιμούν τα μαθήματα Τάι Τσι και τόνισαν την πολιτιστική σημασία της παρέμβασης λόγω της κινεζικής προέλευσής της. Αντίθετα μια άλλη μορφή άσκησης , με επιρροή δυτικής κουλτούρας, τη θεωρούσαν εντελώς ακατάλληλη για τον πολιτισμό τους.[26]

Φαίνεται επίσης να υπάρχει ισχυρή πολιτιστική επιρροή εάν ένα ηλικιωμένο άτομο βλέπει ή όχι τα προγράμματα πρόληψης πτώσης με θετικό ή αρνητικό τρόπο. Αυτές οι επιρροές συνδέονται συχνά με ιδέες μεταφυσικές, όπως ο θάνατος. Για παράδειγμα, στις κοινότητες της Νότιας Ασίας, στο Ηνωμένο Βασίλειο, φαίνεται ότι υπάρχει μια πολιτιστική πεποιθήση ότι οι συνέπειες της γήρανσης βρίσκονται εκτός του ελέγχου ενός ατόμου. Επομένως, η αποδοχή ότι μια πτώση είναι η θέληση του Θεού ή του Αλλάχ μπορεί να γίνει ένα σημαντικό εμπόδιο στην αλλαγή συμπεριφοράς ενός ατόμου. [25].

## **5. Αντιλήψεις και πεποιθήσεις για την πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων**

### **5. 1 Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας και οι πρακτικές που εφαρμόζουν για την πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων**

Η έρευνα έχει δείξει ότι οι πτώσεις μπορούν να μειωθούν τροποποιώντας παράγοντες κινδύνου πτώσης χρησιμοποιώντας πολύ παραγοντικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε οργανωμένους χώρους παρέμβασης. Ωστόσο, η βιβλιογραφία δείχνει ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι δεν γνωρίζουν πώς να διενεργούν εκτιμήσεις κινδύνου πτώσης ή ότι δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με την πρόληψη πτώσης. Για να βοηθήσει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ενσωματώσουν την πρόληψη πτώσης ηλικιωμένων όπως, (αξιολόγηση κινδύνου και θεραπεία πτώσεων) στην κλινική τους πρακτική, το Κέντρο Τραυματισμών και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) έχει αναπτύξει το εργαλείο πρόληψης ατυχημάτων, θανάτων και τραυματισμών ηλικιωμένων (STEADI) στην εργαλειοθήκη του και

εφαρμόζετε στην Αμερική από το 2011. Επιπλέον, διένειμε εκπαιδευτικά φυλλάδια σχετικά με την πρόληψη πτώσης που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για ηλικιωμένους ασθενείς, για τους φροντιστές τους και την οικογένειά τους.[40,7]

Σε μια προκαταρκτική μελέτη παρουσιάζονται δεδομένα από 38 επαγγελματίες υγείας που διεξήχθη στην Αμερική μεταξύ Σεπτεμβρίου 2012 και Ιουνίου 2013, που σκοπός της ήταν να περιγράψει τις πεποιθήσεις, τις γνώσεις και τις πρακτικές διαχείρισης που σχετίζονται με τις πτώσεις ηλικιωμένων από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ.[30]

Σε συνέντευξή που δέχτηκαν να συμμετάσχουν μεταξύ άλλων ανέφεραν ότι μια τυπική επίσκεψη στο ιατρείο ενός ηλικιωμένου ασθενή διήρκεσε κατά μέσο όρο 20,7 ( $\pm$  9,9) λεπτά (εύρος: 0-60 λεπτά). Ο χρόνος που αφιερώθηκε για την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου πτώσης ήταν κατά μέσο όρο 3,8 ( $\pm$  2,5) λεπτά (εύρος: 0-10 λεπτά). Περίπου, το 66% των ερωτηθέντων συμφώνησαν με τη δήλωση ότι «Έχω αρκετό χρόνο κατά τη διάρκεια μιας κλινικής εξέτασης για να αξιολογήσω τον κίνδυνο πτώσης μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών μου». Ανέφεραν επίσης ότι αντιμετώπιζαν το φαινόμενο απόκρυψης των πτώσεων από τους ηλικιωμένους.[30]

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που σε μια ερώτηση μεταξύ άλλων κλήθηκαν να αξιολογήσουν πέντε καταστάσεις υγείας από 1 (χαμηλή) έως 10 (υψηλή) ως απάντηση στην ερώτηση: *"Όταν εξετάζετε ηλικιωμένους ασθενείς, παρακαλώ αξιολογήστε το επίπεδο προτεραιότητας που δίνεται στις παρακάτω παθήσεις, στη συνήθη πρακτική σας"* Στη συνέχεια, λαμβάνοντας υπόψη μια λίστα με οκτώ παράγοντες κινδύνου πτώσης, ζητήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας να «αξιολογήσουν το βαθμό τον οποίο πιστεύουν ότι οι ακόλουθοι παράγοντες κινδύνου πτώσης ήταν υπεύθυνοι για πρόκληση πτώσης σε ηλικιωμένους ασθενείς». Κάθε συντελεστής βαθμολογήθηκε από 1 (χαμηλό) έως 10 (υψηλό). [30]

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ο πίνακας 1 δείχνει την προτεραιότητα των συμμετεχόντων που δίνουν σε συγκεκριμένες παθήσεις και καταγράφει τις πεποιθήσεις σχετικά με παράγοντες κινδύνου πτώσης μεταξύ των ηλικιωμένων. Από τις πέντε καταστάσεις υγείας, ο διαβήτης έλαβε την υψηλότερη μέση βαθμολογία (8,4) ενώ οι πτώσεις έλαβαν τη χαμηλότερη (7,1). Από οκτώ παράγοντες κινδύνου πτώσης, το ιστορικό πτώσεων έλαβε την υψηλότερη βαθμολογία (8,1). Η ορθοστατική υπόταση έλαβε τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία (6,1).

Οι προτεραιότητες και οι πεποιθήσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τη σημασία των ασθενειών που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς .

	<i>N</i>	Διάμεσος	Μέση τιμή	SD	Εύρος	
					Ελάχιστο	Μέγιστο
<b>Προτεραιότητα που δίνεται στις παρακάτω καταστάσεις υγείας</b>						
Διαβήτης	37	9	8.35	1.69	3	10
Καρδιαγγειακές παθήσεις , συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού	37	8	8.08	1.99	3	10
Ψυχική υγεία , συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης	34	8	7.44	2.22	3	10
Μυοσκελετικές καταστάσεις	37	8	7.35	1.93	3	10
Πτώσεις	37	7	7.05	2.15	3	10
<b>Οι πεποιθήσεις για παράγοντες κινδύνου πτώσης για ηλικιωμένους ασθενείς</b>						
Ιστορικό πτώσεων	38	9	8.11	2.35	3	10
Ζητήματα βάδισης	37	9	7.68	2.46	2	10
Περιβαλλοντικά ζητήματα εντός του σπιτιού	38	8	7.16	2.09	3	10
Θέματα φαρμάκων (παρενέργειες)	38	8	7.13	2.47	2	10
Νευρολογικά θέματα	38	7	6.68	2.35	2	10
Θέματα όρασης	35	7	6.66	2.35	2	10
Ορθοστατική υπόταση	36	6	6.11	2.51	2	10

Lee Smith M., Stevens J., Ehrenreich H., Wi and Self-Reported Fall Prevention Practices: Findings from a Large Ne Ison A., Schuster R., O'Brien Cherry C., and Ory M., *Healthcare Providers' Perceptions w York Health System*, BMC, 2015

Λαμβάνοντας υπόψη μια λίστα 8 παρεμβάσεων, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν αν προβαίνουν στις συγκεκριμένες παρεμβάσεις πτώσης στους ηλικιωμένους ασθενείς τους τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, σε επισκέψεις ρουτίνας στις δομές ΠΦΥ. Με απαντήσεις: Όχι, μερικές φορές, Πάντοτε.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

**Συχνότητα ειδικών παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς τουλάχιστον μία φορά το χρόνο από επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ.**

	N	Όχι (%)	Μερικές φορές %	Ναι Πάντα %
Συζητήστε λεπτομέρειες σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακά τους (π.χ. τύπος, δόση, παρενέργειες)	37	0,0	18.9	81.1
Πραγματοποιήσατε μια γνωστική εξέταση	34	11.8	41.2	47.1
Συζητήσατε τη χρήση βοηθημάτων κινητικότητας	37	5.4	56.8	37.8
Συλλέξατε το ιστορικό πτώσεων τους τελευταίους 12 μήνες	38	18.4	44.7	36.8
Τους εκπαιδεύσατε για τους συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου πτώσης	36	16.7	52.8	30.6
Επανεξετάσατε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο πτώσης από την κλινική εξέταση σε διάστημα < 1 μήνα	36	16.7	55.6	27.8
Αξιολογήσατε την οπτική τους οξύτητα	35	5.7	77.1	17.1
Πραγματοποιείτε ειδικά test για τον έλεγχο ισορροπίας	32	53.1	31.3	15.6

Lee Smith M., Stevens J., Ehrenreich H., Wi and Self-Reported Fall Prevention Practices: Findings from a Large National Study, Schuster R., O'Brien Cherry C., and Ory M., *Healthcare Providers' Perceptions w York Health System*, BMC, 2015

**Ο πίνακας 2** δείχνει το ποσοστό των ερωτηθέντων εργαζόμενων υγειονομικών σε δομές ΠΦΥ που πραγματοποίησαν αυτές τις ειδικές παρεμβάσεις πτώσης στους ηλικιωμένους ασθενείς τους τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Πάνω από το 81% των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν ότι συζητούν πάντα λεπτομέρειες σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα με όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς



τους. Περίπου το 47% δήλωσε ότι διενεργεί μια γνωστική εξέταση σε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς τους και το 37% ρώτησε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς για πτώσεις τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 53,1% δεν πραγματοποίησε κάποιο test ισορροπίας. Περίπου το 28% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν επανεξέτασε τους ασθενείς που κατά την κλινική εξέταση διαπίστωσε ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο πτώσης μέσα στον επόμενο μήνα. Το 37,8% των επαγγελματιών υγείας συζήτησε με όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς τη χρήση βοηθημάτων κινητικότητας ενώ το 17,1% δηλώνει ότι κάνει πάντα έλεγχο οπτικής οξύτητας στους ηλικιωμένους για να αποτρέψει μια πτώση τους.

Τέλος, ρωτήθηκαν: «Τον τελευταίο μήνα, το ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών που έχουν παραπέμψει σε προγράμματα κοινοτικής πρόληψης πτώσης;»

Τριάντα ένας συμμετέχοντες ανέφεραν ότι παραπέμπουν κατά μέσο όρο το 20% ( $\pm 18,5\%$ ) ηλικιωμένους ασθενείς τους σε κοινοτικά προγράμματα πρόληψης πτώσης και 32 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι κατά μέσο όρο 22% ( $\pm 18,8\%$ ) των ηλικιωμένων ασθενών τους παρέπεμψαν για φυσικοθεραπείες.

Παρόλο που οι πτώσεις των ηλικιωμένων είναι πολύ διαδεδομένες και μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες στην υγεία των ιδίων αλλά και των υγειονομικών συστημάτων, οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή και είναι υπεύθυνοι των πρακτικών πρόληψης πτώσης, και έχουν στη διάθεσή τους ερευνητικά στοιχεία για την πρόληψη της πτώσης, δεν τα εφαρμόζουν στην πράξη με συνέπεια τα ποσοστά πτώσης σε ηλικιωμένα άτομα συνεχίζουν να κλιμακώνονται.

Οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις πτώσεις και την πρόληψη πτώσης, είναι υπεύθυνες για αναποτελεσματικές πρακτικές στην κλινική εφαρμογή των θετικών ερευνητικών αποτελεσμάτων. Αυτές οι λανθασμένες αντιλήψεις έχουν επιπτώσεις σε διάφορα ενδιαφερόμενα μέρη, συμπεριλαμβανομένων ερευνητών, εκπαιδευτικών, υπευθύνων χάραξης πολιτικής, επαγγελματιών υγείας και της κοινωνίας γενικότερα. Η διεύκλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ηλικιωμένων, καθώς και μεταξύ της πολύ -επιστημονικής ομάδας πρόληψης της πτώσης, χαρακτηρίζεται ως προτεραιότητα.

Οι αποτελεσματικότεροι τρόποι παραπομπής και η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας μπορούν να βελτιστοποιήσουν τους κλινικούς χρονικούς περιορισμούς για την απαιτητική διαχείριση πολλαπλών νοσημάτων σε ηλικιωμένα άτομα. [30]

## **5. 2 Ο ρόλος μιας διεπιστημονικής ομάδας επαγγελματιών υγείας στην προσέγγιση πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων .**

Στο περιβάλλον της κοινότητας, οι ηλικιωμένοι είναι επιρρεπείς σε πτώσεις λόγω χρόνιων παθήσεων, ή συνεπειών του γήρατος, απαιτούν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση αντιμετώπισης , διότι είναι αδύνατο για έναν κλάδο υγείας να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει επαρκώς όλα τα θέματα φροντίδας των

ηλικιωμένων και των παραγόντων κινδύνου πτώσεων. Η φροντίδα πρέπει να παρέχεται από παρόχους υγείας διαφόρων ειδικοτήτων όπως, ειδικών γιατρών, γενικών γιατρών, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών κ. α..

Μελέτη που διεξήχθη από ερευνητές του Πανεπιστήμιο McMaster στην Αγγλία, προσπάθησε να διερευνήσει τις εμπειρίες μιας διεπαγγελματικής ομάδας που συμμετείχε σε μια προσέγγιση για την πρόληψη της πτώσης στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Ο σκοπός ήταν να περιγραφούν τα εμπόδια και οι εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν σε μια διεπαγγελματική ομάδα που φρόντιζαν ηλικιωμένους στο περιβάλλον της κοινότητάς τους.[3]

Η διεπαγγελματική συνεργασία θεωρείται ότι είναι το κλειδί για ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Ένα βασικό στοιχείο στη διεπαγγελματική συνεργασία σε οποιοδήποτε περιβάλλον είναι η επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι ένα θέμα που συζητείται σε όλη τη διεπαγγελματική βιβλιογραφία ως πρόβλημα.

Τα μέλη της ομάδας περιέγραψαν ότι λόγω της ανομοιογένειας υπήρχε κακή επικοινωνία και παρεξηγήσεις. Αν και η έλλειψη επικοινωνίας μπορεί να είναι εμπόδιο στη διεπαγγελματική συνεργασία, τα οφέλη είναι περισσότερα και έχουν ως αποτέλεσμα την καλύτερη εφαρμογή των πρακτικών πρόληψης πτώσεων και τελικά την μείωση των πτώσεων. Για να διασφαλιστεί η διεπαγγελματική συνεργασία, πρέπει να αφιερωθεί χρόνος για την ανάπτυξη της ομάδας, ώστε το κάθε μέλος να κατανοεί τον δικό του ρόλο, καθώς και τον ρόλο των άλλων μελών της ομάδας και ότι μαζί μοιράζονται ένα κοινό όραμα και στόχο κατά την ανάπτυξη του σχεδίου φροντίδας του ασθενούς. [3]

Η έρευνα προτείνει ότι η σαφήνεια του ρόλου είναι ένα βασικό στοιχείο που καθορίζει εάν η διεπαγγελματική συνεργασία είναι επιτυχής ή όχι. Τα στοιχεία δείχνουν ότι λόγω της πολύ παραγοντικής φύσης των πτώσεων, οι πρώτες παρεμβάσεις που ενσωματώνουν μια διεπαγγελματική προσέγγιση χρησιμοποιώντας μια ποικιλία στρατηγικών έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην πρόληψη των πτώσεων ειδικά μεταξύ ομάδων υψηλού κινδύνου και σε άτομα με χρόνιες παθήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη περιέγραψαν τη σημασία της σαφήνειας ρόλων κατά την παροχή συντονισμένης φροντίδας ασθενών ως κυρίαρχη. [3]

Η διεπαγγελματική συνεργασία μπορεί να είναι μια θετική εμπειρία για τους επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ, που φροντίζουν ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, όταν συνδυάζονται με μια θετική στάση, μοιράζονται έναν κοινό στόχο, αμοιβαίο σεβασμό, σαφήνεια των ρόλων, σαφή επικοινωνία και αποτελεσματική συνεργασία. Στο περιβάλλον της κοινότητας, όπου κάθε πάροχος υγειονομικής περίθαλψης συχνά εργάζεται μεμονωμένα από άλλους παρόχους, δεν είναι δυνατόν να επιτύχει αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών. [3]

### 5.3 Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στην πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων

Οι ιατροί που διαδραματίζουν ρόλο οικογενειακού γιατρού στην κοινότητα μπορούν να εντοπίσουν ηλικιωμένα άτομα που κινδυνεύουν με πτώση στα πλαίσια των καθηκόντων τους. Μόλις εντοπιστούν, μπορούν να ληφθούν μέτρα για τη μείωση του κινδύνου πτώσεων με παραπομπή στις κατάλληλες υπηρεσίες που διατίθενται στην κοινότητα, όπως οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ.

Μελέτη που έγινε σε Βρετανούς γενικούς ιατρούς, με ρόλο οικογενειακού ιατρού, διερεύνησαν τον τρόπο αντιμετώπισης των πτώσεων και την πρόληψη της πτώσεων στους ηλικιωμένους και κατέγραψε εάν υπάρχουν κενά στην εφαρμογή των κλινικών οδηγιών στην πράξη. Οι ερευνητές βρήκαν ότι οι παραπομπές ηλικιωμένων από τους οικογενειακούς γιατρούς σε υπηρεσίες υγείας που εμπλέκονται με τις πτώσεις ήταν χαμηλές, παρά τις ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων πρόληψης πτώσεων.[33]

Οι κλινικές οδηγίες στην Αγγλία και άλλες συστάσεις υποδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να ερωτηθούν για τυχόν πτώσεις που έχουν σημειωθεί κατά το προηγούμενο έτος και εάν διαπιστωθεί πτώση να ελέγχουν για τη συχνότητα, το πλαίσιο και τα χαρακτηριστικά αυτών των πτώσεων, κάθε φορά που έρχονται σε επαφή με επαγγελματία υγείας. Επομένως, εάν οι γενικοί ιατροί και οι συναφείς επαγγελματίες υγείας προωθήσουν πρακτικές υγιούς γήρανσης των ηλικιωμένων στην κοινότητα, θα διαδραματίσουν βασικό ρόλο με τον εντοπισμό ηλικιωμένων ατόμων που κινδυνεύουν και την παραπομπή τους στις κατάλληλες δομές για την παροχή παρεμβάσεων πρόληψης. [33]

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι το καταλληλότερο μοντέλο παροχής υπηρεσιών για μια αποτελεσματική στρατηγική πρόληψης πτώσεων, καθώς σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι που ζουν στην κοινότητα συνδέονται με έναν οικογενειακό ιατρό. Η πρόληψη των πτώσεων σε αυτό το πλαίσιο θα απαιτήσει αποτελεσματική δέσμευση από τους ιατρούς για συνεργασία με άλλους επαγγελματίες θεραπευτές και φυσιοθεραπευτές που εργάζονται στην κοινότητα.

Κοινά εμπόδια που αναφέρουν οι οικογενειακοί γενικοί ιατροί στην εφαρμογή πρόληψης πτώσεων, είναι η ανάγκη να δοθεί προτεραιότητα σε πιο οξείες ανάγκες ή συννοσηρότητες των ηλικιωμένων ασθενών τους και η έλλειψη χρόνου για ενδελεχή αξιολόγηση κινδύνου πτώσεων καθώς και το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τον κίνδυνο πτώσης τους. Ωστόσο, οι γενικοί ιατροί τείνουν να εργάζονται αντιμετωπίζοντας προβλήματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς και όχι να εργάζονται προληπτικά, παρόλο που η πρόληψη αποτελεί βασική λειτουργία των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με αποτέλεσμα λίγα ηλικιωμένα άτομα να ρωτιούνται από τον γενικό ιατρό τους για πτώσεις ή να τους παρέχονται παρεμβάσεις για την πρόληψη πτώσεων. Μεταξύ των ιατρών που αντιμετώπισαν πτώσεις, λίγοι εφάρμοσαν την πρακτική πρόληψης πτώσεων σε αναγνωρισμένες κλινικές οδηγίες.

Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι παρόλο που οι κλινικές οδηγίες αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να ερωτώνται τακτικά για τυχόν πτώσεις από τους επαγγελματίες υγείας, αυτό σπάνια συμβαίνει στην πράξη και οι γενικοί ιατροί είναι σε θέση και μέσα στα θεσμοθετημένα καθήκοντά τους, να εντοπίσουν τους ηλικιωμένους με υψηλό κίνδυνο πτώσης και να εφαρμόσουν στρατηγικές διαχείρισης για τη μείωση αυτού του κινδύνου σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης, ωστόσο αναφέρουν ως εμπόδιο εφαρμογής την ανεπάρκεια χρόνου.[33]

#### **5. 4 Η άποψη των ηλικιωμένων για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην προώθηση παρεμβάσεων πρόληψης πτώσεων.**

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NICE) καθιστά σαφές ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της πτώσης. Ωστόσο, διαπίστωσε ότι υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας στο θέμα των πτώσεων. Παρόλο που ορισμένες μελέτες εντόπισαν τους επαγγελματίες υγείας, ιδίως τους ιατρούς, ως σημαντικούς για την παραπομπή των ηλικιωμένων σε υπηρεσίες πρόληψης πτώσεων, μία άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι μερικοί δεν έχουν πειστεί για την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων και δεν θεώρησαν αξιόπιστη παρέμβαση την άσκηση. Οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς ενδέχεται να μην έχουν τις ίδιες αντιλήψεις και πεποιθήσεις σχετικά με τις πτώσεις αλλά όμως οι επαγγελματίες πρέπει να λάβουν υπόψη τις απόψεις των ηλικιωμένων και την ανάγκη τους για υγιή γήρανση και να τροποποιήσουν τη δική τους συμπεριφορά σχετικά με το θέμα. Οι ηλικιωμένοι ανέφεραν ότι η αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας στις αναφερόμενες πτώσεις τους έπαιξε σημαντικό ρόλο στην παραπομπή και στην εφαρμογή των παρεμβάσεων, εμποδίζοντας την πρόληψη μελλοντικής πτώσης τους. Μερικοί επαγγελματίες υγείας συχνά δεν παραπέμπουν τους ηλικιωμένους σε παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης μετά από αναφορές πτώσεων και τραυματισμών που σχετίζονται με πτώση. [35]

Μελέτη σε περιοχές της Νότιας Αγγλίας το 2011 σε 187 ηλικιωμένους με μέση ηλικία των συμμετεχόντων 75 ετών (εύρος 60-95) διερεύνησε τις αντιλήψεις των ηλικιωμένων για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας και εμπόδια που συναντούν για την παραπομπή τους σε παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ένα σημαντικό εμπόδιο ήταν η απροθυμία τους να πουν στους επαγγελματίες υγείας ότι είχαν υποστεί πτώση, έχει να κάνει με την πεποίθησή τους ότι οι πτώσεις δεν ήταν ιατρικό θέμα και ως εκ τούτου δεν υπήρχε λόγος να αναφερθεί στον γιατρό. Ορισμένοι ηλικιωμένοι ανέφεραν ότι αξιολογήθηκαν και παραπέμφθηκαν αμέσως από το ιατρό τους σε υπηρεσίες πρόληψης πτώσης γιατί γνώριζαν την ύπαρξη αυτών των προγραμμάτων ενώ άλλοι ανέφεραν ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν ελάχιστη ή καθόλου γνώση για τοπικές παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης. Άλλοι ασθενείς θεώρησαν ότι ο ιατρός τους ήταν «πολύ απασχολημένος» για να τον ενοχλήσουν αναφέροντας τις εμπειρίες μιας πτώσης τους. Μερικές φορές οι ηλικιωμένοι εξήγησαν ότι είχαν αναφέρει την πτώση τους μετά από συζήτηση με έναν επαγγελματία υγείας για άλλο λόγο, τυχαία, χωρίς να ερωτηθούν κατά την εξέτασή τους. [13]

Οι εργαζόμενοι στην ΠΦΥ θα μπορούσαν να αναπτύξουν μια ετήσια προληπτική προσέγγιση για την αξιολόγηση του κινδύνου πτώσεων στους ηλικιωμένους , καθώς και την παραπομπή σε άλλες συνεργαζόμενες ειδικότητες. Θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο να συμπεριληφθούν ερωτήσεις ρουτίνας των ηλικιωμένων ατόμων σχετικά με τις πρόσφατες πτώσεις από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι σέβονται τις πληροφορίες και τις συμβουλές που τους παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας και υπογραμμίζουν τη σημασία των πληροφοριών που έχουν την έγκριση του γιατρού τους.

Συμπεράναν ότι οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προληπτική εξέταση - αξιολόγηση κινδύνου και εντοπισμό περιπτώσεων υψηλού ρίσκου για πτώση , στην προώθηση της πρόληψης πτώσης και στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ηλικιωμένων σε προγράμματα πρόληψης πτώσης. Υπάρχει ανάγκη για καλύτερη διάδοση πληροφοριών σχετικά με την πρόληψη της πτώσης και την ύπαρξη σχετικών υπηρεσιών υγείας, τόσο στους υγειονομικούς όσο και στο ευρύ κοινό. Οι πληροφορίες στους ηλικιωμένους θα πρέπει να είναι συγκεκριμένες, να τονίσουν ότι οι πτώσεις αποτελούν ιατρικό πρόβλημα και ότι μπορούν να προληφθούν με την βοήθεια ειδικών προγραμμάτων πρόληψης.

Κοινή διαπίστωση όλων ήταν, ότι οι επαγγελματίες υγείας όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων που σχετίζονται με τις πτώσεις, να αναλαμβάνουν την ευθύνη να ρωτούν τακτικά τους ηλικιωμένους για πτώσεις και όπου απαιτείται, να τους παραπέμπουν σε παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης.[13]

## **5. 5 Επιδράσεις της γηριατρικής εκπαίδευσης στη στάση των φοιτητών ιατρικής απέναντι στους ηλικιωμένους ασθενείς**

Οι στάσεις, οι γνώσεις και οι δεξιότητες των ιατρών είναι καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας της φροντίδας για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Προηγούμενες μελέτες διαπίστωσαν ότι η χρήση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της στάσης είναι δύσκολο έργο. Όταν οι ιατροί έχουν αρνητική στάση απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα, μπορεί να παρέχουν φροντίδα χαμηλότερης ποιότητας στους ηλικιωμένους ασθενείς τους.

Πολλές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί για να αλλάξουν τις στάσεις των φοιτητών της ιατρικής και να αυξήσουν τη γνώση σχετικά με τους ηλικιωμένους ασθενείς και έχουν αξιολογηθεί σε πολλές μελέτες και μετρήθηκαν τα αποτελέσματά τους. Αυτές οι μελέτες παρείχαν αποδείξεις ότι τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να βελτιώσουν τη στάση των φοιτητών ιατρικής. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να σχεδιαστούν για να προσδώσουν δεξιότητες, καθώς και να βελτιώσουν τη στάση, να αυξήσουν τη γνώση και είναι πιθανό οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις με γνώμονα τις δεξιότητες να είναι πιο αποτελεσματικές στη βελτίωση της συμπεριφοράς μελλοντικών επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ηλικιωμένους.

Έρευνα στο Πανεπιστήμιο της Βέρνης στην Ελβετία, συμμετείχαν 154 φοιτητές ιατρικής, προσπάθησε να προσδιορίσει εάν μια εκπαιδευτική παρέμβαση γηριατρικής προσανατολισμένη στις δεξιότητες βελτιώνει τη συμπεριφορά των φοιτητών έναντι των ηλικιωμένων ασθενών.[21]

Η παρέμβαση περιλάμβανε τέσσερις διδακτικές συνεδρίες 2,5 ωρών για γηριατρική θέματα και παρεμβάσεις υγιούς γήρανσης όπως και στη πρόληψη πτώσεων ,επίσης τους διανεμήθηκε ένα βιβλίο γηριατρικής για την εμπέδωση των γνώσεων. Στη συνέχεια, οι φοιτητές συνεργάστηκαν με ηλικιωμένους ασθενείς, σε θαλάμους ασθενών με την εποπτεία ένας κλινικού με εμπειρία στη γηριατρική. Συμπέραναν ότι μια εκπαιδευτική παρέμβαση προσανατολισμένη στις γηριατρικές δεξιότητες σε κλινικούς ασθενείς μπορεί να επηρεάσει θετικά τη στάση των φοιτητών ιατρικής απέναντι στους ηλικιωμένους ασθενείς. Ωστόσο, σε σύγκριση με τις εντυπωσιακές βελτιώσεις στις γνώσεις και τις δεξιότητες των φοιτητών ιατρικής, μετά την παρέμβαση, η παρατηρούμενη βελτίωση της συμπεριφοράς ήταν μικρή. Η διδασκαλία που στοχεύει σε συγκεκριμένες δεξιότητες μπορεί να βελτιώσει τη στάση των φοιτητών ιατρικής έναντι των ηλικιωμένων ασθενών, αν και η βελτίωση ήταν μικρή.[21 ]

Η εκπαίδευση, η οποία χρησιμοποιούσε πραγματικούς ασθενείς, και πραγματοποιήθηκε σε κλινικές ασθενών, φαίνεται να έχει αλλάξει τις αρνητικές και ενίσχυσε τις θετικές στάσεις, αν και το παρατηρούμενο μέγεθος επίδρασης στις στάσεις των φοιτητών ήταν μικρό. Φαίνεται ότι είναι ευκολότερο να βελτιωθεί η γνώση ή οι δεξιότητες παρά οι στάσεις.[21]

## **5. 6 Στάσεις φοιτητών ιατρικής προς τους ηλικιωμένους και προθυμία επιλογής**

### **γηριατρικής ειδικότητας**

Μελέτη που διεξήχθη το 2005 – 2008 σε 163 προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής του πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας στο Los Angeles στόχο είχε να καταγράψει τις στάσεις και τις απόψεις των πρωτοετών φοιτητών έναντι των ηλικιωμένων και την πιθανότητα να επιλέξουν την ειδικότητα της γεροντολογίας και επανέλεγχο κατά το τέταρτο έτος ώστε να εξετάσει τις επιπτώσεις ενός εντατικού προγράμματος γηριατρικής ιατρικής στις συμπεριφορές και τις φιλοδοξίες σταδιοδρομίας των φοιτητών.[27]

Οι φοιτητές Ιατρικής πρώτου έτους είχαν μέση βαθμολογία συμπεριφοράς  $\pm$  τυπική απόκλιση  $3,69 \pm 0,39$ . Μια πιο θετική στάση αύξησε την πιθανότητα να εξεταστεί μια καριέρα στη γηριατρική (  $P < .001$ ). Οι φοιτητές του τετάρτου έτους είχαν καλύτερα αποτελέσματα συμπεριφοράς από τους μαθητές του πρώτου έτους ( $3,86 \pm 0,36$ ,  $P = 0,002$ ). Το πρόγραμμα διδασκαλίας γηριατρικής δεν επηρέασε σημαντικά τις βαθμολογίες συμπεριφοράς, αλλά αύξησε σημαντικά την προθυμία για επιλογή σταδιοδρομίας στη γηριατρική κατά μέσο όρο 0,52 βαθμούς (διάστημα εμπιστοσύνης 95% = 0,35-0,70,  $P < .001$ ).

Οι στάσεις απέναντι στους ηλικιωμένους ήταν καλύτερες στο τέταρτο έτος από τους φοιτητές ιατρικής πρώτου έτους. Αυτή η θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους αύξησε την πιθανότητα να εξεταστεί μια καριέρα στη γηριατρική. Ένα εντατικό δήμερο μάθημα γηριατρικής δεν είχε σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά, αλλά αύξησε την πιθανότητα των τεταρτοετών φοιτητών να εξετάσουν τη σταδιοδρομία

στη γεροντολογία. Οι ερευνητές πιθανολογούν ότι αντίστοιχα αποτελέσματα μπορεί να καταγραφούν και σε άλλες σχολές επαγγελματιών υγείας και όταν περιλαμβάνονται μαθήματα γηριατρικής στο πρόγραμμα σπουδών οι φοιτητές έχουν πιο θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους και ευαισθητοποιούνται σε θέματα υγείας τους. [27]

**Σκοπός.** Η πρόληψη των πτώσεων είναι ένα πλαίσιο πρακτικής με μια ταχέως διερευνώμενη βάση στοιχείων. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για την εφαρμογή αυτών των στοιχείων στην πράξη από επαγγελματίες υγείας. Οι Επαγγελματίες Υγείας της ΠΦΥ μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προληπτική εξέταση (αξιολόγησης κινδύνου πτώσης ηλικιωμένων ) και εύρεση περιπτώσεων αυξημένου κινδύνου, στην προώθηση της πρόληψης πτώσης και στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ηλικιωμένων σε προγράμματα πρόληψης πτώσης. Αυτή η μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα αποδεικτικά στοιχεία για την πρόληψη των πτώσεων, εφαρμόζονται στην πράξη διεθνώς, από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ και τον εντοπισμό των εμποδίων και των αποτελεσματικών στρατηγικών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης πτώσεων. **Σκοπός** της μελέτης είναι να καταγράψει τις **αντιλήψεις** και **πεποιθήσεις**, τις **γνώσεις** και τη **συνήθη πρακτική** των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ σε σχέση με τον εντοπισμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των κινδύνων πτώσης στους ασθενείς τους, τη διαχείριση πτώσεων και τις πρακτικές παραπομπές τους.

#### **Ερευνητικά ερωτήματα:**

1. Πώς αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες στην ΠΦ υγείας την πρόληψη της πτώσης ως ζήτημα για τους ασθενείς τους;
2. Τι εμπόδια αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης πτώσεων σε ηλικιωμένους;
3. Ποια η εφαρμογή πρακτικών διαχείρισης πτώσεων ηλικιωμένων και παραπομπής τους σε παρεμβάσεις πρόληψης πτώσεων;
4. Ποιες είναι οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ για θέματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων και πώς επηρεάζουν την παραπομπή γηριατρικών περιστατικών σε πρακτικές πρόληψης πτώσεων;
5. Πώς αντιλαμβάνονται οι φοιτητές το φαινόμενο της γήρανσης και ποιος ο ρόλος του μαθήματος της γηριατρικής στην διαμόρφωση πεποιθήσεων και αντιλήψεων για την πρόληψη πτώσεων;

Αυτή η γνώση θα βοηθήσει στον εντοπισμό βέλτιστων στρατηγικών για την ενημέρωση των υπευθύνων χάραξης πολιτικής στην υγεία και στην εκπαίδευση καθώς και των μελλοντικών ερευνητών.

Η τρέχουσα μελέτη προάγει την κατανόηση για την εφαρμογή και τη βιωσιμότητα των τεκμηριωμένων προγραμμάτων πρόληψης πτώσης για ασθενείς στην κοινότητα που έρχονται σε επαφή με τις δομές ΠΦΥ.

## Υλικό και Μέθοδος

Η μελέτη σχεδιάστηκε να πραγματοποιηθεί στην περιοχή της κεντρικής Ελλάδας από τον Φεβρουάριο έως τον Μάιο του 2021, με δείγμα ευκολίας, λόγω του χρονικού περιορισμού αλλά και των ειδικών συνθηκών που αντιμετωπίζουμε εξαιτίας της πανδημίας του Covid 19. Η συλλογή δεδομένων έγινε με συμπλήρωση ερωτηματολογίου σε ομάδες Επαγγελματιών Υγείας που εργάζονται σε δομές πρωτοβάθμιας υγείας. Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι σύμφωνη και τηρεί την Εθνική & Ευρωπαϊκή Νομοθεσία ως προς την προστασία των προσωπικών δεδομένων (Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Κράτους Ν. 2472/1997 & Κανονισμός ΕΕ 2016/679).

Η επιλογή των επαγγελματιών υγείας που διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο έγινε με βάση τις ειδικότητες που εμπλέκονται στη διαχείριση ηλικιωμένων ασθενών σε δομές ΠΦΥ, του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με σκοπό να καταγραφούν οι αντιλήψεις τους και οι πεποιθήσεις τους για την πρόληψη πτώσεων σε ηλικιωμένους.

Οι ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας που συμμετάσχουν στη μελέτη είναι ανάλογες με αυτές που διερεύνησαν άλλοι ερευνητές, σε μελέτες που αναζητήθηκαν στη βάση δεδομένων (Pub Med), κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι ειδικότητες αυτές είναι οι Γενικοί Ιατροί, Ιατροί άλλων Ειδικοτήτων που εμπλέκονται στη διαχείριση γηριατρικών περιστατικών όπως ορθοπεδικοί και νευρολόγοι, Νοσηλεύτες, Φυσιοθεραπευτές και κοινωνικοί Λειτουργοί, που εργάζονται σε δομές ΠΦΥ.

Ο αρχικός σχεδιασμός ήταν η έρευνά μας να λάβει χώρα σε όλη τη περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας και της Θεσσαλίας, αλλά λόγω της πανδημίας και του περιορισμού των μετακινήσεων μας, αυτό δεν ήταν εφικτό, με αποτέλεσμα το δείγμα της μελέτης μας, για λόγους ευκολίας, να περιορίζεται μόνο στο νομό Φθιώτιδας, που μπορούσα να μετακινηθώ. Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος του δημοσίου τομέα εργάζονται στα Κέντρα Υγείας του νομού Φθιώτιδας και συγκεκριμένα στο ΚΥ Λαμίας, ΚΥ Στυλίδας, ΚΥ Δομοκού, ΚΥ Αταλάντης, ΚΥ Μακρακώμης και στα πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία της Πελασγίας και Μοσχοχωρίου. Οι εργαζόμενοι του ιδιωτικού τομέα είναι ιατροί ορθοπεδικοί και νευρολόγοι, αυτοαπασχολούμενοι σε δικά τους ιατρεία και φυσικοθεραπευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας είτε ως ιδιοκτήτες ή ως εργαζόμενοι.

Ο χρόνος διεξαγωγής: Φεβρουάριος 2021 – Μάιος 2021.

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο που είχα καταθέσει, το δείγμα των συμμετεχόντων θα ήταν 20 άτομα ανά κατηγορία προσωπικού και συγκεκριμένα:

20 Γενικοί ιατροί ΠΦΥ

20 Ιατροί άλλων ειδικοτήτων σχετικών με την διαχείριση γεροντολογικών περιστατικών όπως ορθοπεδικοί (10) και νευρολόγοι (10) {Δημόσιου (Δ) και ιδιωτικού (Ι) τομέα}



20 φυσικοθεραπευτές (Δημοσίου & Ιδιωτικού τομέα)

20 Νοσηλευτές Δ Τομέα ΠΦΥ

20 Κοινωνικοί λειτουργοί Δημοσίου τομέα

Ο αριθμός των 20 επαγγελματιών υγείας ανά κατηγορία προσωπικού δεν είναι αυθαίρετος, αλλά είναι ο μέσος όρος του αριθμού των δειγμάτων που χρησιμοποιήθηκε σε ανάλογες έρευνες στο εξωτερικό, με την οποίες θα συγκριθούν τα αποτελέσματα της παρούσης.[6]

Για το δείγμα των γενικών γιατρών δεν χρειάστηκε να γίνει επιλογή για το λόγο ότι στις παραπάνω δομές των Κ Υ εργάζονται συνολικά 21 γενικοί ιατροί που δέχτηκαν να συμμετάσχουν όλοι στην έρευνα. Η επιλογή των άλλων ειδικοτήτων γιατρών, δηλαδή των ορθοπεδικών και νευρολόγων, λόγω έλλειψης τους σε δομές του δημοσίου τομέα ΠΦΥ δηλαδή των Κ Υγείας και περιφερειακών ιατρείων του Φθιώτιδας, έγινε από τις λίστες του Ιατρικού συλλόγου Φθιώτιδας. Συνολικά στις λίστες των 2 αυτών ειδικοτήτων είναι εγγεγραμμένοι 24 ιατροί, που ασκούν πρωτοβάθμια φροντίδα σε ιδιωτικές δομές ως αυτοαπασχολούμενοι σε ιδιωτικά ιατρεία. Κατόπιν επικοινωνίας μαζί τους μέσω του ιατρικού συλλόγου δέχτηκαν να συμμετάσχουν οι 21 από αυτούς, (13) ορθοπεδικοί και (8) νευρολόγοι.

Στην κατηγορία των φυσικοθεραπευτών συμμετείχαν όλοι οι φυσικοθεραπευτές των δομών ΠΦΥ του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού τομέα που ασχολούνται με την διαχείριση γηριατρικών περιστατικών. Σε συνεργασία με τον τοπικό σύλλογο φυσικοθεραπευτών μου κοινοποιήθηκε μια λίστα 25 μελών που πληρούσαν το παραπάνω κριτήριο. Για τον απαιτούμενο αριθμό των Νοσηλευτών-τριών και κοινωνικών λειτουργών, μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε όλους τους εργαζόμενους σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας του νομού Φθιώτιδας. Συνολικά σε 28 νοσηλευτές και 20 κοινωνικούς λειτουργούς.

Για τις ανάγκες της μελέτης σχεδιάστηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο σε ηλεκτρονική μορφή με χρήση της εφαρμογής Google forms.

Η διανομή του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου έγινε μετά την σύμφωνη γνώμη των συντονιστών διευθυντών των κέντρων υγείας και των περιφερικών ιατρείων καθώς και των υπευθύνων των εργαστηρίων Φυσικοθεραπείας και ιατρείων, με την μορφή ηλεκτρονικού συνδέσμου, στα email των συμμετεχόντων που συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι κοινές με ερωτήσεις που τέθηκαν σε ανάλογες μελέτες διαφόρων χωρών του εξωτερικού, που παρατίθενται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση μετά από αναζήτηση σε διάφορες βάσεις δεδομένων έτσι ώστε να γίνει στατιστική σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Το ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της μελέτης, κατασκευάστηκε στην Ελληνική γλώσσα, είναι δομημένο, και χωρίζεται σε 3 ενότητες με σύνολο 53 ερωτήσεων. Η πρώτη ενότητα περιέχει 14 ερωτήσεις με τα δημογραφικά – προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων, όπως η εκπαίδευσή τους, και την φύση της εργασίας τους και είναι κοινή για όλες τις κατηγορίες των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας. Η

δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου αποτελείται από 26 ερωτήσεις κλειστού τύπου και απευθύνεται στους Επαγγελματίες Υγείας του δραστηριοποιούνται στη ΠΦΥ, που σκοπό έχουν να καταγράψουν την γνώση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα πρόληψης πτώσεων σε ηλικιωμένους, τον τρόπο αντιμετώπισης και καταγραφή των αντιλήψεων τους για το θέμα.

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων σχετικά με το θέμα της παρούσας μελέτης, φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας στο εξωτερικό προτάσσουν σαν βασικό λόγο για την αρνητική τους στάση στην πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων, την εκπαιδευτική τους ανεπάρκεια, που έχει να κάνει με την προπτυχιακή τους εκπαίδευση και την απουσία μαθημάτων σχετικών με την διαχείριση γηριατρικών περιστατικών, στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών. Για να διερευνηθεί αν υπάρχει η ίδια άποψη και στη χώρα μας θα διανεμηθεί κοινό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε παρόμοιες μελέτες του εξωτερικού, σε προπτυχιακούς φοιτητές των τμημάτων της Σχολής Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για να καταγράψουμε και να συγκρίνουμε τις απόψεις και αντιλήψεις των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας σε θέματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με το αναλυτικά προγράμματα σπουδών και την διερεύνηση συναφών μαθημάτων με το ερευνώμενο θέμα.

Ο αρχικός αριθμός συμμετεχόντων φοιτητών ήταν  $n = 20$  / τμήμα της σχολής υγείας. Λόγω των ειδικών συνθηκών που αντιμετωπίζουμε εξαιτίας της πανδημίας του Covid 19, της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης των φοιτητών και της απαγόρευσης κυκλοφορίας δεν κατέστη δυνατόν να διανεμηθεί το ερωτηματολόγιο σε φοιτητές όλων των σχολών Υγείας και ειδικά των φοιτητών της Ιατρικής. Για λόγους ευκολίας επιλέχτηκε να διανεμηθεί το ερωτηματολόγιο σε φοιτητές τελευταίων εξαμήνων, των τμημάτων Φυσικοθεραπείας και Νοσηλευτικής, που βρίσκονται στη Λαμία για κλινική άσκηση που είχα τη δυνατότητα πρόσβασης λόγω της διαμονής μου στην ίδια πόλη.

Η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου αποτελείται από 13 ερωτήσεις, απευθύνετε σε φοιτητές Φυσικοθεραπείας και Νοσηλευτικής του Παν. Θεσσαλίας, με σκοπό την καταγραφή των απόψεων και αντιλήψεων τους σε θέματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων, την εκπαιδευτική τους επάρκεια για το θέμα και την προθυμία τους να ασχοληθούν σαν μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας με γηριατρικά περιστατικά.

Κατά την διάρκεια δημιουργίας του ερωτηματολογίου συστήθηκε Ομάδα Εστιασμένης συζήτησης (**Focus group**) με σκοπό τον σαφή προσδιορισμό των αναγκών και με την σαφήνεια των διατυπωμένων ερωτημάτων ώστε οι απαντήσεις τους θα δίνουν ανατροφοδότηση της υπάρχουσας κατάστασης και θα μπορούν να αποτελέσουν πεδίο σχεδιασμού για το ερευνώμενο θέμα, αποτελούμενη από δύο φυσικοθεραπευτές, δύο ιατρούς και δύο νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές ΠΦΥ της περιοχής Λαμίας.

Πριν την διανομή του ερωτηματολογίου έγινε μια **πilotική μελέτη**, με την συμμετοχή 18 ατόμων με σκοπό να ελεγχθεί η ορθότητα – συνάφεια – και η ακρίβεια του ερωτηματολογίου καθώς και οποιαδήποτε πιθανά ζητήματα σχετικά με την κατανόηση από τους συμμετέχοντες ή πιθανά τεχνικά θέματα που μπορεί να προκύψουν.

Ο χρόνος που χρειάστηκαν οι συμμετέχοντες στην πιλοτική μελέτη να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ήταν περίπου 12 λεπτά για τους επαγγελματίες υγείας και 5 λεπτά για τους φοιτητές. Αυτοί οι χρόνοι αναφέρονται στο εισαγωγικό ενημερωτικό σημείωμα του ερωτηματολογίου που χρειαζόταν να αφιερώσουν οι συμμετέχοντες για την συμπλήρωσή του.

Μετά τις σχετικές διορθώσεις έγινε η αποστολή του ηλεκτρονικού συνδέσμου του ερωτηματολογίου στα email των συμμετεχόντων που συμφώνησαν να συμμετάσχουν.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η εφαρμογή Google forms προγραμματίστηκε να δέχεται ερωτηματολόγια για 30 μέρες. Μετά τη συλλογή όλων των δεδομένων από τους συμμετέχοντες, αυτά καταχωρήθηκαν και υποβλήθηκαν σε στατιστική επεξεργασία έτσι ώστε να συγκριθούν με δεδομένα άλλων αντίστοιχων μελετών του εξωτερικού. Ως προς τη στατιστική επεξεργασία, πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση με υπολογισμό των συχνοτήτων, των ποσοστών, των έγκυρων ποσοστών και των αθροιστικών ποσοστών για όλες τις ερωτήσεις, και ορισμένα μέτρα περιγραφικής στατιστικής, όπως το εύρος, η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, το ελάχιστο και το μέγιστο, σε ορισμένες αριθμητικές μεταβλητές. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), έκδοση 22 (IBM Corp., NY, USA) σε ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Μετά το κλείσιμο της εφαρμογής βρέθηκε ότι απάντησαν συνολικά 134 άτομα. Από τους 115 επαγγελματίες υγείας που τους στάλθηκε το ερωτηματολόγιο το απάντησαν 101 ποσοστό 87,5%. Απάντησαν όλοι και οι 21 Γενικοί ιατροί που τους στάλθηκε το ερωτηματολόγιο, όλοι γιατροί συναφών ειδικοτήτων 21 / 21, από τους 25 φυσικοθεραπευτές που στάλθηκε το ερωτηματολόγιο απάντησαν 22, από τους 28 Νοσηλευτές απάντησαν 19 και από τους 20 κοινωνικούς λειτουργούς οι 18. Από 40 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν στους φοιτητές απάντησαν οι 33, ποσοστό 82,5%.

### Αποτελέσματα που αφορούν τους Επαγγελματίες Υγείας

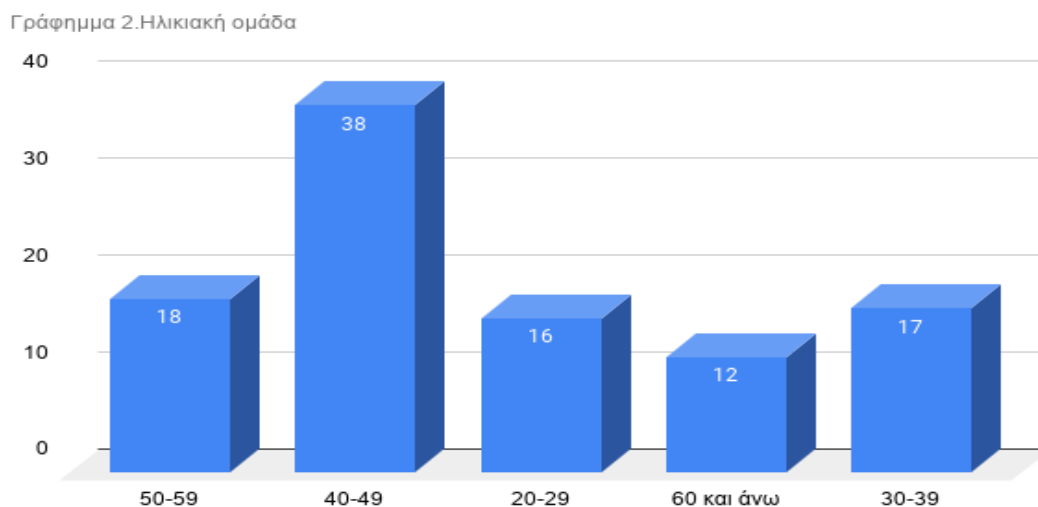
#### Α' ΕΝΟΤΗΤΑ:

Στο γράφημα 1 φαίνεται το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας του δείγματος σύμφωνα με το φύλο.

Γράφημα 1



Στο γράφημα 2 φαίνεται ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με την ηλικία τους.



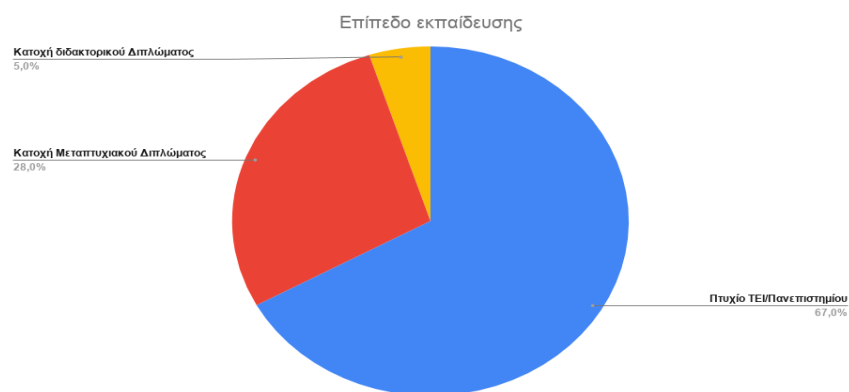
Το γράφημα 3 μας δείχνει το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας του δείγματος σύμφωνα με το επάγγελμά τους (ειδικότητα).

Γράφημα 3



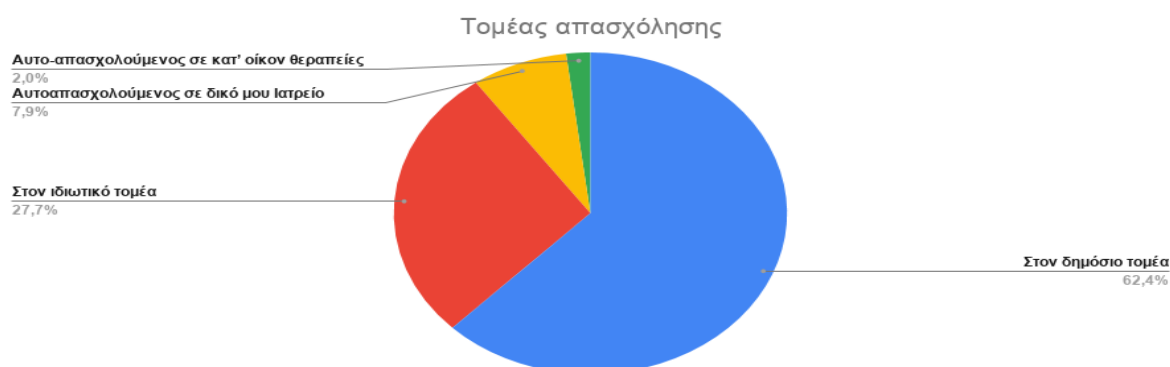
Στον γράφημα 4 καταγράφεται τα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης τους.

Γράφημα 4. Επίπεδο εκπαίδευσης Επαγγελματιών υγείας

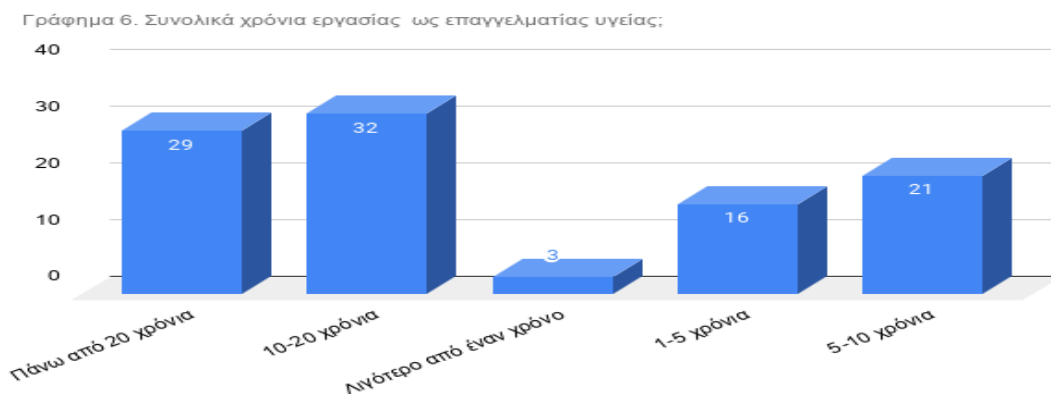


Στον γράφημα 5 καταγράφεται το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τον τομέα απασχόλησης τους.

Γράφημα 5.

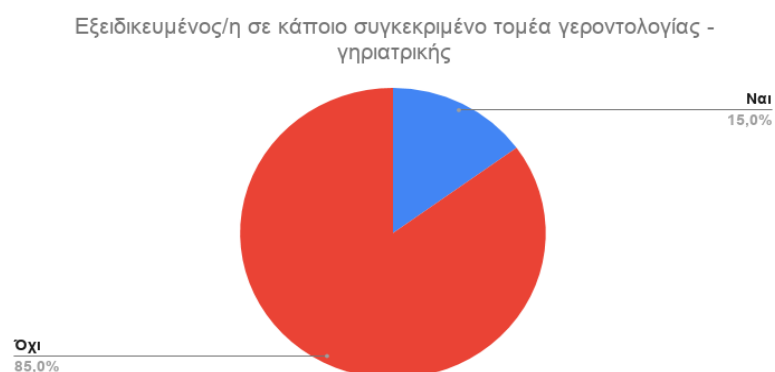


Στο γράφημα 6 βλέπουμε το συνολικό χρόνο προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.



Το γράφημα 7 δείχνει το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας των που είναι εξειδικευμένοι στον τομέα γηριατρικής ή έχουν εκπαιδευτεί σε προγράμματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων.

Γράφημα 7.



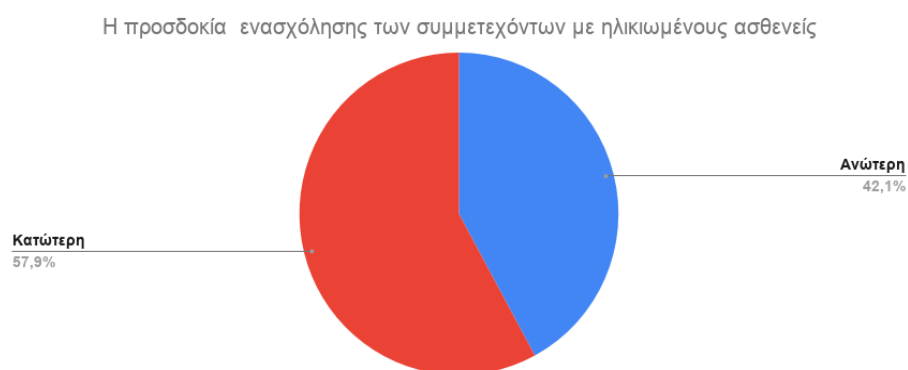
Στο γράφημα 8 βλέπουμε το λόγο που επέλεξαν να ασχοληθούν οι επαγγελματίες υγείας με τον γηριατρικό τομέα σε απόλυτους αριθμούς.

Γράφημα 8.



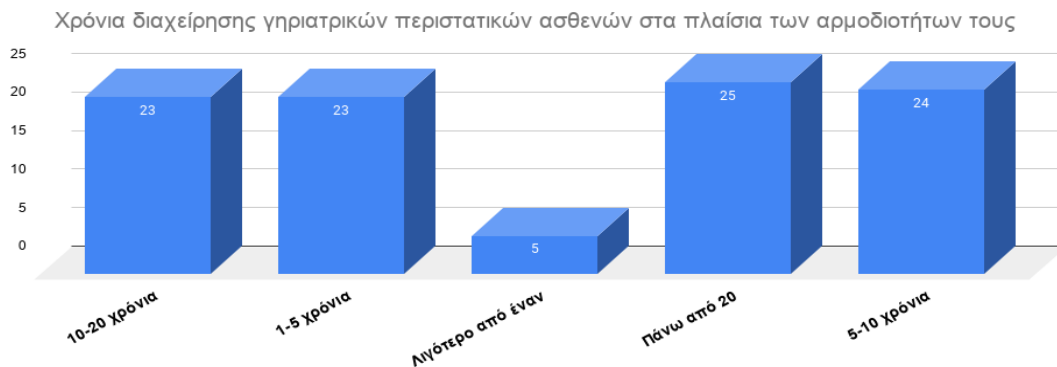
Στο γράφημα 9 καταγράφεται η προσδοκία αυτών που ασχολήθηκαν με γηριατρικά περιστατικά.

Γράφημα 9.



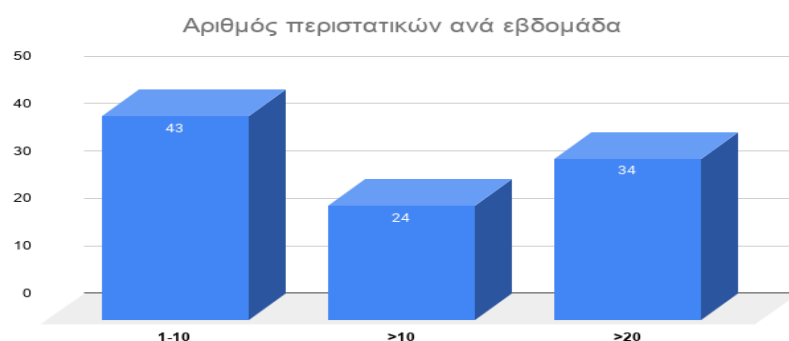
Στο παρακάτω γράφημα 10 καταγράφεται η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τα χρόνια διαχείρισης γηριατρικών περιστατικών, στα πλαίσια των επαγγελματικών αρμοδιοτήτων τους, με απόλυτο αριθμό.

Γράφημα 10.



Στο γράφημα 11 καταγράφεται ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τον αριθμό των γηριατρικών περιστατικών που διαχειρίζονται σε εβδομαδιαία βάση.

Γράφημα 11.



Οι επαγγελματίες υγείας ρωτήθηκαν τι είδους προβλήματα υγείας αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι που τους επισκέπτονται στις δομές ΠΦΥ (Κ Υγείας, ΤΟΜΥ). Ανέφεραν ότι τα μύο σκελετικά και τα κάρδιο αναπνευστικά προβλήματα είναι τα πιο συχνά που αντιμετωπίζουν και έπονται τα νευρολογικά.

Σε ερώτηση που τέθηκε και αφορούσε μόνο τους συμμετέχοντες Ιατρούς, για το αν τους δινόταν η δυνατότητα να ακολουθήσουν τη γηριατρική ειδικότητα στη χώρα μας, θα το επέλεγαν, το 43,2 % απάντησε όχι και το 56,8 % ναι. Η πλειοψηφία αυτών που απάντησαν θετικά περίπου 90%, ήταν με ειδικότητα γενικής ιατρικής.

## ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

### ΑΝΤΙΑΛΗΨΕΙΣ – ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΤΩΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Σε εισαγωγική ερώτηση προς τους συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας για το αν συμφωνούν με την άποψη πολλών ηλικιωμένων ότι η πτώση σαν φαινόμενο, είναι φυσική εξέλιξη του γήρατος, το 42,6 % δήλωσε ότι συμφωνεί ενώ το 57,4 % δήλωσε ότι δεν συμφωνεί.

Οι συμμετέχοντες υγειονομικοί σε ερώτηση αν γνωρίζουν ότι υπάρχουν προγράμματα πρόληψης πτώσεων σε ηλικιωμένους που αν εφαρμοστούν μειώνουν το φαινόμενο κατά 30-40 % σύμφωνα με μελέτες, απάντησαν σε ποσοστό 53,5 % ότι δεν γνώριζαν και δεν έχουν ενημερωθεί για αυτά ενώ το 46,5 % γνώριζαν την ύπαρξη αυτών των προγραμμάτων.

Το 75 % των επαγγελματιών υγείας της μελέτης δήλωσε ενδιαφέρον για να εκπαιδευτεί σε προγράμματα πρόληψης πτώσεων και το 71 % δήλωσε ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην γεροντολογία-γηριατρική αποκατάσταση είναι απαραίτητη για την διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών και στην επαγγελματική τους εξέλιξη. Το 79,8 % των επαγγελματιών υγείας που δήλωσαν ενδιαφέρον να εκπαιδευτούν σε προγράμματα πρόληψης πτώσεων, θεωρούν πιο αποδοτική την επιμορφωτικού τύπου δια βίου εκπαίδευσης, με σεμινάρια, ενώ το 20,2 % προτιμούν ακαδημαϊκού τύπου εκπαίδευση μέσω ενός Μεταπτυχιακού προγράμματος.

Το 74,3 % των ερωτηθέντων δήλωσαν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης πτώσεων σε άτομα 3ης και 4ης ηλικίας στους εργασιακούς τους χώρους στα πλαίσια της ΠΦΥ. Στην ερώτηση αν θα προτρέπατε – παραπέμπατε ηλικιωμένους να συμμετάσχουν σε προγράμματα πρόληψης πτώσεων το 83,2% απάντησε θετικά.

Οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 82,2% δήλωσαν ότι παροτρύνουν τους ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους να ακολουθούν παρεμβάσεις και συμπεριφορές που προωθούν τη φυσική, ψυχική και κοινωνική υγεία ώστε να διατηρούν οι ηλικιωμένοι την ανεξαρτησία τους και την ποιότητα ζωής τους, και το 77% αναφέρει ότι ενημερώνει τους ηλικιωμένους ή/και τους φροντιστές τους για τις επιστημονικά τεκμηριωμένες προσεγγίσεις για έλεγχο, προώθηση της υγείας και πρόληψη των ασθενειών.

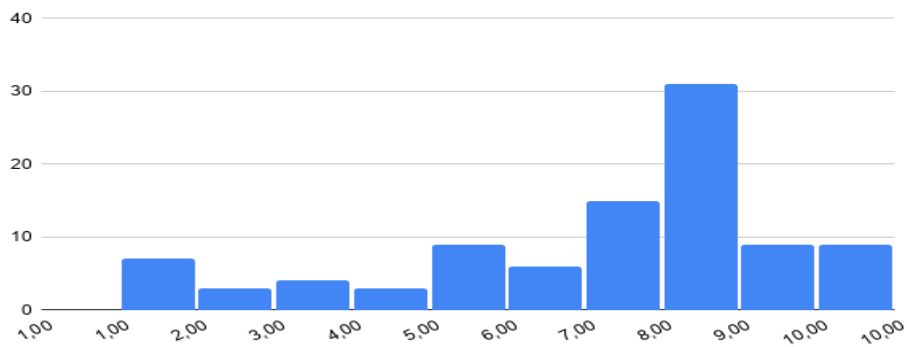
Οι γιατροί δηλώνουν σε ποσοστό 75,5% ότι εφαρμόζουν αρχές και πρακτικές ασφαλούς, κατάλληλης και αποτελεσματικής χρήσης φαρμάκων σε ηλικιωμένους και το 72,3% πριν συνταγογραφήσει κάποιο φάρμακο λαμβάνει υπόψιν τις παρενέργειες (πχ ζάλη, διαταραχές ισορροπίας).

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν την προτεραιότητα που δίνουν σε 5 παθήσεις όταν αφορούν ηλικιωμένους ασθενείς, στην καθημερινή τους πρακτική, βαθμολογώντας από το 1(χαμηλή) έως το 10 (υψηλή).

Για τον σακχαρώδη διαβήτη αξιολόγησαν ως εξής:



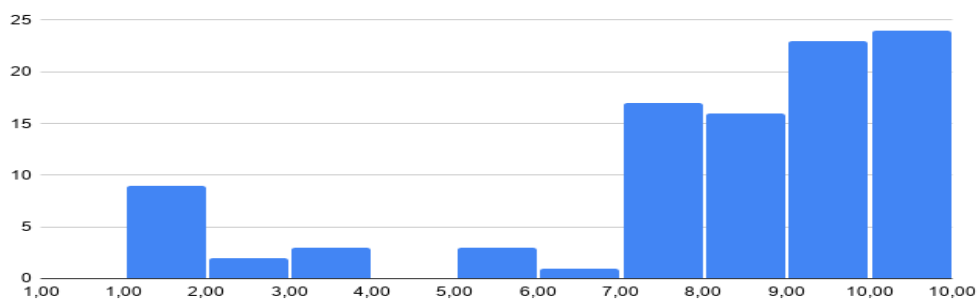
Ιστόγραμμα 12. Προτεραιότητα που δίνεται σε παθήσεις ηλικιωμένων ασθενών (1 – 10)  
[Διαβήτη]



Στο ιστόγραμμα 12 βλέπουμε την προτεραιότητα που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας για τον σακχαρώδη διαβήτη. Το 65 % των ερωτηθέντων δίνουν μεγάλη προτεραιότητα στο διαβήτη βαθμολογώντας από 7 – 10.

Το διάγραμμα 13 δείχνει την προτεραιότητα που δίνουν οι ερωτηθέντες σε καρδιαγγειακές παθήσεις – εγκεφαλικά επεισόδια.

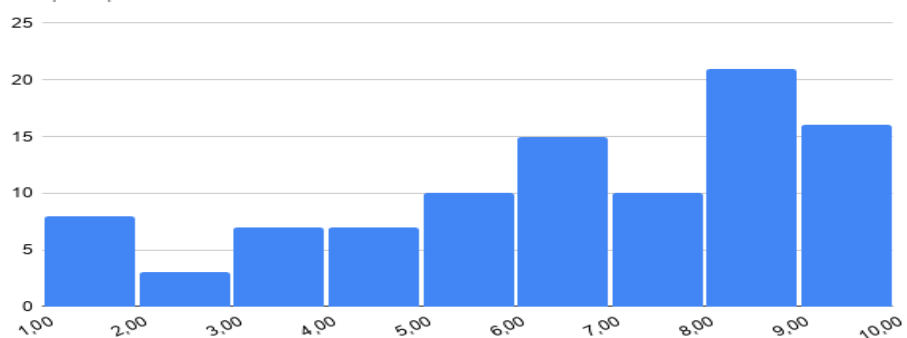
Διάγραμμα 13. προτεραιότητα που δίνετε (1-10) για καρδιαγγειακές παθήσεις - εγκεφαλικά επεισόδια



Το 81 % των ερωτηθέντων βαθμολογούν με 7 έως 10 την προτεραιότητα που δίνουν στις καρδιαγγειακές παθήσεις και στα εγκεφαλικά επεισόδια γηριατρικών περιστατικών.

Η προτεραιότητα για θέματα ψυχικής υγείας και κατάθλιψης που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας καταγράφεται στο ιστόγραμμα 14.

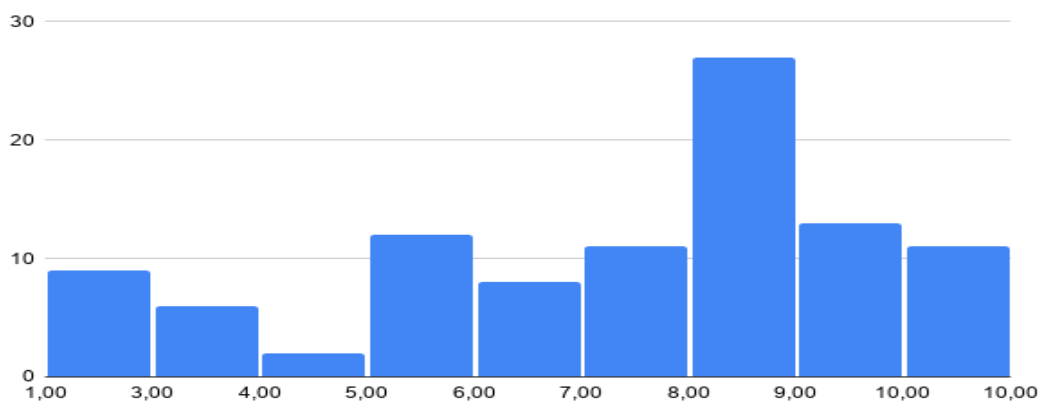
Ιστόγραμμα 14. Προτεραιότητα που δίνεται (1 – 10) στην Ψυχική υγεία - κατάθλιψη των ηλικιωμένων ασθενών



Το 49 % των επαγγελματιών υγείας δίνουν υψηλή προτεραιότητα, βαθμολογώντας από 7 – 10, στη διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων ασθενών.

Στο ιστόγραμμα 15 απεικονίζεται η προτεραιότητα που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας βαθμολογώντας από (1 – 10) στην διαχείριση ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν μυοσκελετικές παθήσεις σε δομές ΠΦΥ.

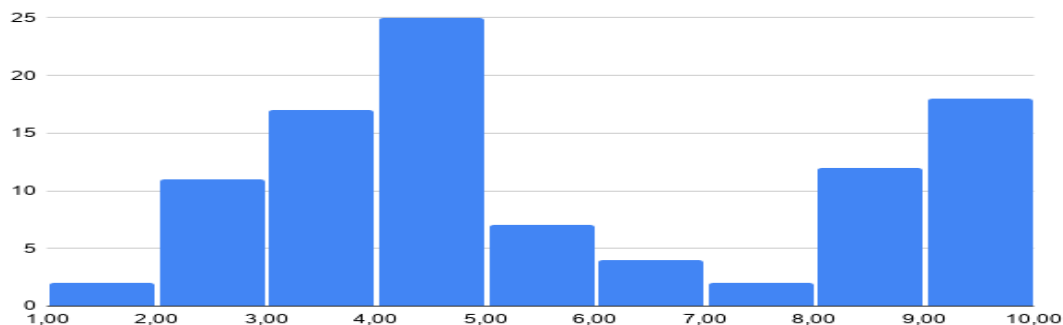
Ιστόγραμμα 15. Προτεραιότητα (1 – 10) σε Μυοσκελετικές παθήσεις



Το 62 % των επαγγελματιών υγείας που αντιμετωπίζουν περιστατικά ηλικιωμένων ασθενών σε δομές ΠΦΥ δίνουν μεγάλη προτεραιότητα στις μυοσκελετικές παθήσεις ασθενών βαθμολογώντας από 7 – 10.

Στο ιστόγραμμα 16 καταγράφετε η προτεραιότητα που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας στις πτώσεις των ηλικιωμένων ασθενών.

Ιστόγραμμα 16. Προτεραιότητα (1 – 10) στις Πτώσεις ηλικιωμένων ασθενών



Το 34 % των επαγγελματιών υγείας δίνει υψηλή προτεραιότητα σε θέματα που αφορούν στη διαχείριση και πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων ασθενών, βαθμολογώντας από 7 έως 10 (περιοχή υψηλής προτεραιότητας στη δεκαδική κλίμακα).

Ο πίνακας 17 είναι ένας συγκεντρωτικός πίνακας των παραπάνω που δείχνει το επίπεδο προτεραιότητας και τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας σε συγκεκριμένες ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς τους στην κλινική πρακτική.

Πίνακας 17. Οι προτεραιότητες και οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη σημασία των ασθενειών που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς.

	<i>N</i>	Διάμεσος	Μέση τιμή	SD	Εύρος	
					Ελάχιστο	Μέγιστο
<b>Προτεραιότητα που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας σε παθήσεις ηλικιωμένων (1-10)*</b>						
Διαβήτης	96	8	6.68	1.58	2	10
Καρδιαγγειακές παθήσεις , συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού	101	8	7.52	3.35	2	10
Ψυχική υγεία , συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης	101	6	6.03	1.60	1	10
Μυοσκελετικές καταστάσεις	101	7	6.65	1.57	1	10
Πτώσεις	101	4	5.18	1.62	1	10

\* Όλα τα στοιχεία μετρούνται σε κλίμακα από 1 = χαμηλή έως 10 = υψηλή .

Μετά από στατιστική ανάλυση των δεδομένων όπως αποτυπώνονται στον πίνακα 17, με υπολογισμό, του εύρους, του ελάχιστου και του μέγιστου ποσοστού των συχνοτήτων, τη διάμεσο, τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση, από τις πέντε καταστάσεις υγείας. Οι Καρδιαγγειακές παθήσεις , συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού έλαβαν την υψηλότερη βαθμολογία με μέση τιμή (7,52) με τυπική απόκλιση 3,35 ενώ οι πτώσεις έλαβαν τη χαμηλότερη (5,18) με τυπική απόκλιση 1,62. Ο σακχαρώδης διαβήτης κατέγραψε μέση τιμή 6,68 και τυπική απόκλιση 1,58.

Για να καταγραφούν οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για παράγοντες που προκαλούν πτώσεις σε ηλικιωμένους, τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν κάποιους παράγοντες κινδύνου πτώσεων βαθμολογώντας σε κλίμακα από 1 = χαμηλή έως 10 = υψηλή, ανάλογα με το πώς κρίνουν το αίτιο των πτώσεων. Οι παράγοντες κινδύνου που τους ζητήθηκε να τοποθετηθούν ήταν : το ιστορικό πτώσεων (προ υπάρχουσες πτώσεις), Ζητήματα βάδισης,(προβλήματα μυοσκελετικού συστήματος, ισορροπίας), Περιβαλλοντικά ζητήματα εντός του σπιτιού, Θέματα φαρμάκων (παρενέργειες), Νευρολογικά θέματα, Θέματα όρασης και η Ορθοστατική υπόταση.

Οι απαντήσεις μετά από στατιστική επεξεργασία καταγράφονται στον πίνακα 18

**Πίνακας 18.**Καταγραφή αντιλήψεων και πεποιθήσεων των επαγγελματιών υγείας για τους παράγοντες που προκαλούν τις πτώσεις σε ηλικιωμένους.

Οι πεποιθήσεις για παράγοντες κινδύνου πτώσης για ηλικιωμένους ασθενείς*	N	Διάμεσος	Μέση τιμή	SD	Εύρος	
					Ελάχιστο	Μέγιστο
Ιστορικό πτώσεων	101	8	6.98	1.58	2	10
Ζητήματα βάδισης	101	8	7.05	1.54	2	10
Περιβαλλοντικά ζητήματα εντός του σπιτιού	101	7	6.27	1.57	1	10
Θέματα φαρμάκων (παρενέργειες)	101	5	5.23	1.49	1	10
Νευρολογικά θέματα	101	7	6.48	1.65	2	10
Θέματα όρασης	101	7	6.06	1.62	2	10
Ορθοστατική υπόταση	101	4	4.84	1.59	1	10

\* Όλα τα στοιχεία μετρούνται σε κλίμακα από 1 = χαμηλή έως 10 = υψηλή .

Μετά την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων τα ζητήματα βάδισης, συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία με μέση τιμή 7,05 και θεωρούνται από τους επαγγελματίες υγείας ως ο υψηλότερος παράγοντας κινδύνου πτώσης, σε αντίθεση με την ορθοστατική υπόταση που συγκέντρωσε βαθμολογία με μέση τιμή 4,84.

Σε ερώτηση που τέθηκε στους συμμετέχοντες «Στα πλαίσια των καθηκόντων σας, σαν επαγγελματίας υγείας στην ΠΦΥ, αν και ποιες από τις παρακάτω ειδικές παρεμβάσεις πρόληψης πτώσεων πραγματοποιήσατε στους ηλικιωμένους ασθενείς σας σε διάστημα παρακολούθησης ενός έτους.», με δυνατότητα απάντησης όχι, μερικές φορές, ναι πάντοτε. Οι παρεμβάσεις που κλήθηκαν να τοποθετηθούν οι επαγγελματίες υγείας, περιγράφονται στον πίνακα 19.

**Πίνακας 19.** Συχνότητα ειδικών παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς τουλάχιστον μία φορά το χρόνο από επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ.

Παρεμβάσεις που πραγματοποιείται σε ηλικιωμένους ασθενείς	N	Όχι (%)	Μερικές Φορές (%)	Ναι πάντα (%)
Συζητάτε λεπτομέρειες σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακά τους (π.χ. τύπος, δόση, παρενέργειες)	101	4.95	34,65	60,39
Πραγματοποιείτε μια γνωστική εξέταση	101	28.71	35.64	34.65
Συζητάτε τη χρήση βοηθημάτων κινητικότητας	101	21.78	34.65	43.56
Συλλέγετε το ιστορικό πτώσεων τους τελευταίους 12 μήνες	101	40.59	35.64	23.76
Τους εκπαιδεύετε για τους συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου πτώσης	101	50.59	33.66	15.84
Επανεξετάζετε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο πτώσης από την κλινική εξέταση σε διάστημα < 1 μήνα	101	37.62	36.63	25.74
Αξιολογείτε την οπτική τους οξύτητα	101	54.45	30.69	14.85
Πραγματοποιείτε ειδικά test για τον έλεγχο ισορροπίας	101	39.61	27.73	33.66

Ο πίνακας 19 δείχνει το ποσοστό των ερωτηθέντων αν πραγματοποίησαν ειδικές παρεμβάσεις πρόληψης πτώσης στους ηλικιωμένους ασθενείς τους, τουλάχιστον μία φορά το χρόνο.

Πάνω από το 60% των επαγγελματιών υγείας αναφέρουν πως συζητούν πάντοτε λεπτομέρειες σχετικά με συνταγογραφούμενα φάρμακα με τους ασθενείς τους. Περίπου το 35% διενήργησε μια γνωστική

εξέταση σε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς τους. Το 54,45% των επαγγελματιών υγείας δεν κάνει κάποιου είδους αξιολόγησης της οπτικής οξύτητας των ηλικιωμένων καθώς και το 50,59% δεν του ενημερώνει - εκπαιδεύει για συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου που διατρέχουν. Το 33,66% πραγματοποιεί κάποιο test ισορροπίας και συνήθως οι φυσικοθεραπευτές.

Το 43% των γιατρών, κατά τη λήψη ιστορικού γηριατρικών ασθενών που έχουν αναφέρει προηγούμενη πτώση δηλώνει ότι δεν κάνει διερεύνηση των πιθανών αιτιών πτώσης. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ( σκάλες ,ολισθηρό δάπεδο, χαλιά, εμπόδια στο σπίτι, μπάνιο, κ.α.), που θεωρούνται το πιο συχνά αίτια πτώσης ηλικιωμένων, το 35,6% των υγειονομικών συζητάει και συστήνει κάποιες αλλαγές – τροποποιήσεις με τους ίδιους ή τους φροντιστές τους με την πλειοψηφία αυτών να είναι οι φυσικοθεραπευτές.

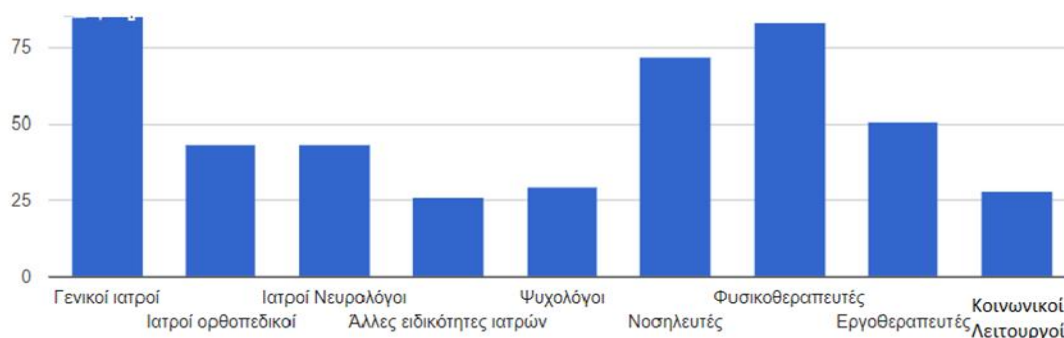
Το 74% των υγειονομικών σε σχετική ερώτηση δηλώνει ότι συνεργάζεται, παραπέμποντας, με άλλους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού που αφορά ηλικιωμένο, ενώ σε αντίστοιχη ερώτηση το 54,5% δηλώνει ότι δεν παραπέμπει τα γηριατρικά περιστατικά που κατά την κλινική εξέταση εκτίμησε ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο πτώσης, σε ειδικούς επαγγελματίες υγείας που εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης πτώσεων.

Σε ερώτηση που τέθηκε : «ο χρόνος που έχετε στην διάθεσή σας, λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας, για την κλινική εξέταση ενός γηριατρικού ασθενούς είναι επαρκής για να διερευνήσετε αν συντρέχουν παράγοντες πτώσης;» οι γιατροί απάντησαν σε ποσοστό 62,4 πως δεν επαρκεί ο χρόνος και είναι πιεσμένοι λόγω φόρτου εργασίας και των πολλών περιστατικών που διαχειρίζονται.

Οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν σε ποσοστό 92% ότι μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική για την πρόληψη πτώσεων και το 73% από αυτούς δηλώνει πρόθυμο να συμμετάσχει σε μια ομάδα επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιείται στην ΠΦΥ με σκοπό την πρόληψη πτώσεων σε ηλικιωμένους στην κοινότητα.

Στον πίνακα 20 καταγράφονται οι απόψεις των συμμετεχόντων για ποιες ειδικότητες υγείας θα πρέπει να απαρτίζουν μια ομάδα επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ για την πρόληψη πτώσεων.

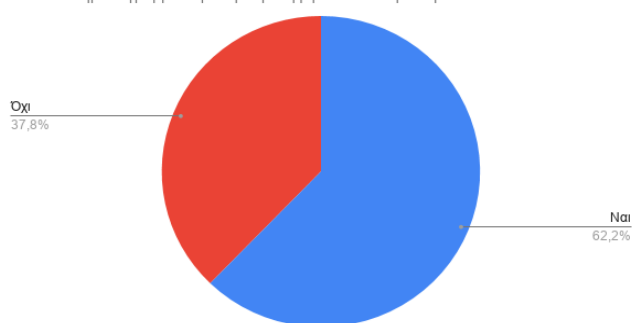
Πίνακας 20: ειδικότητες κατά τη γνώμη σας θα έπρεπε να στελεχώνουν μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ για την πρόληψη πτώσεων σε ηλικιωμένους



Οι περισσότεροι έχουν την γνώμη ότι στην διεπιστημονική ομάδα πρωτίστως να συμμετέχουν γενικοί γιατροί, φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές και εργοθεραπευτές.

Το 66,3% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι κατά τη λήψη ιστορικού ενός ηλικιωμένου ασθενούς αντιμετωπίζει την πιθανότητα απόκρυψης κάποιας πτώσης, φοβούμενο τον στιγματισμό του ή και του φόβου του για εγκλεισμό σε γηροκομείο.

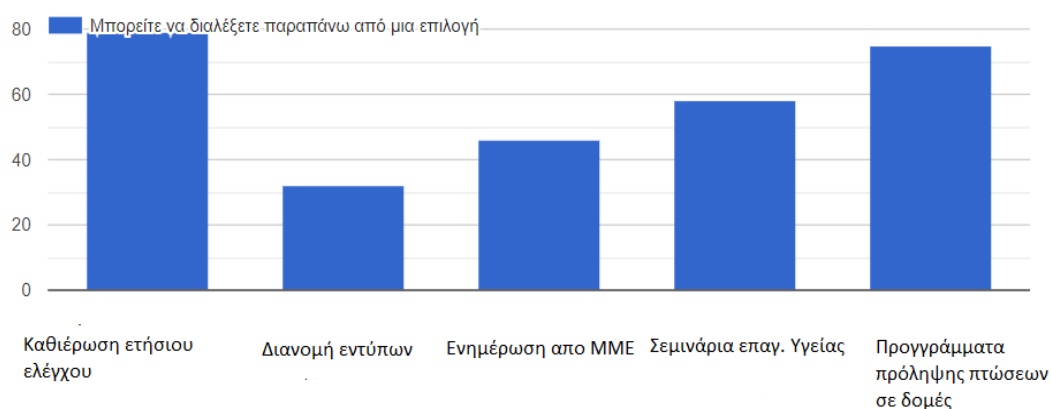
Διάγραμμα 21. Η αποτελεσματικότητα χάραξης εθνικής στρατηγικής και έκδοσης κατευθυντηρίων γραμμών για την πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων



Η χάραξη εθνικής στρατηγικής και έκδοση κατευθυντηρίων γραμμών (Guidelines) για την πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων θεωρείται από το 62,2% των ερωτηθέντων ότι είναι προς τη σωστή κατεύθυνση και θα τους βοηθούσε στη διαχείριση ηλικιωμένων ασθενών που χρίζουν παρέμβασης πρόληψης πτώσης.

Σε ερώτηση που τέθηκε «Ποιες παρεμβάσεις θεωρείται πιο αποτελεσματικές για την ευαισθητοποίηση των ηλικιωμένων για την συμμετοχή τους σε προγράμματα πρόληψης πτώσης» τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 22.

Πίνακας 22 Παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης ηλικιωμένων για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα πρόληψης πτώσεων



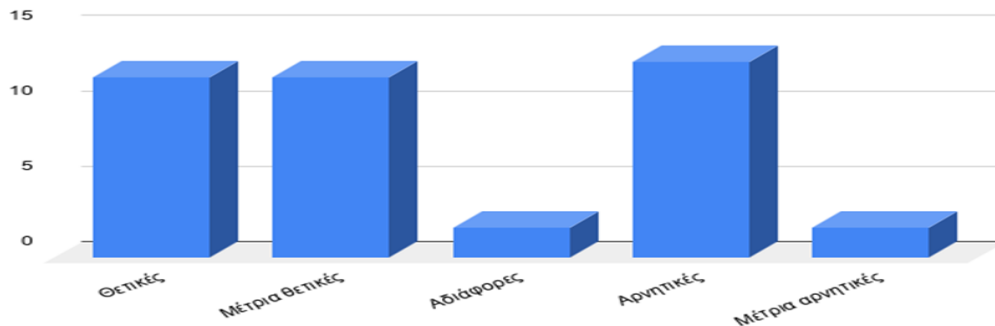
Οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν τον πιο ενδεδειγμένο τρόπο ευαισθητοποίησης των ηλικιωμένων για να συμμετέχουν σε προγράμματα πρόληψης την καθιέρωση ετήσιου ελέγχου στις δομές ΠΦΥ με την αξιολόγησή τους και την λειτουργία προγραμμάτων πρόληψης σε δομές της κοινότητας όπως ΚΑΠΗ, δημοτικά γυμναστήρια, αθλητικά κέντρα κλπ.

## ΕΝΟΤΗΤΑ Γ΄

Από τους 33 φοιτητές που συμμετείχαν στη μελέτη οι 19 είναι του τμήματος Φυσικοθεραπείας και οι 14 του τμήματος Νοσηλευτικής με το πρόγραμμα του πρώην ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδος με έτος εγγραφής το 2016 και 2017.

Στον πίνακα 23 καταγράφονται οι απόψεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών για το φαινόμενο της γήρανσης.

Ιστογράμμο 23. Οι απόψεις/αντιλήψεις φοιτητών για την γήρανση



Σε ερώτηση το 58,5 των φοιτητών δηλώνουν ότι συμπεριλαμβάνεται στο πρόγραμμα σπουδών τους μάθημα που τους παρέχει βασικές γνώσεις γηριατρικής – γεροντολογίας και είναι η νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων, για τους νοσηλευτές (παλαιού προγράμματος σπουδών) και οι φοιτητές φυσικοθεραπείας αναφέρουν ότι έχουν διδαχθεί με κάποιες βασικές γνώσεις διαχείρισης γηριατρικών περιστατικών στα μαθήματα μυοσκελετικών κακώσεων και εργοθεραπείας.

Σε ερώτηση στους φοιτητές αν «θα σας ενδιέφερε να παρακολουθήσετε μάθημα γεροντολογίας - γηριατρικής στο πρόγραμμα σπουδών σας» το 94% απάντησαν θετικά και το 78,6 % δηλώνει ότι θα τους ενδιέφερε σαν μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν με τον τομέα της γηριατρικής και οι λόγοι που αναφέρουν ότι θα επέλεγαν αυτόν τον τομέα παρουσιάζονται στον πίνακα 24.

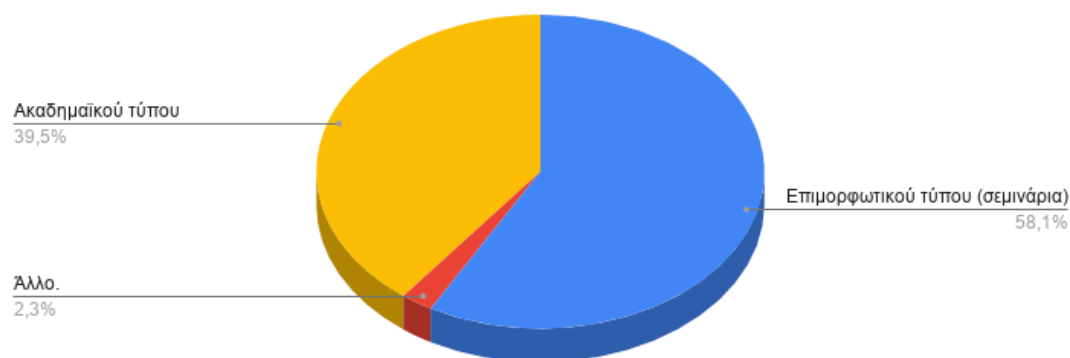
Πίνακας 24: Λόγοι που θέλετε να ασχοληθείτε με τον γηριατρικό τομέα;





Το 78,5% των φοιτητών δηλώνει ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση - κατάρτιση στην γεροντολογία-γηριατρική αποκατάσταση είναι απαραίτητη για την επαγγελματική τους εξέλιξη και η μορφή της εκπαίδευσης που θεωρούν πιο αποδοτική και θα προτιμήσουν αποτυπώνεται στον πίνακα 25.

Γράφημα 25 . Ποιους τύπους συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης /δια βίου μάθησης σχετικούς με την γεροντολογία θεωρείτε πιο αποδοτικούς και προτιμάτε;



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 155 άτομα (115 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές ΠΦΥ και 40 φοιτητές). Απάντησαν 134 (101 επαγγελματίες υγείας, ποσοστό 87,5% και 33 φοιτητές ποσοστό 82,5%). Το 60% των επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία 40-49 έτη, το 67% ήταν πτυχιούχοι βασικού τίτλου ΑΕΙ, το 28% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου και το 5% κάτοχοι διδακτορικού τίτλου. Το 62% εργάζονται σε δομές ΠΦΥ του δημοσίου με την πλειοψηφία τους να έχει προϋπηρεσία άνω των 10 ετών, ενώ το 15% έχει κάποια εξειδίκευση στην γηριατρική και σε θέματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων. Το 53,5% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει την ύπαρξη προγραμμάτων πρόληψης πτώσεων, ενώ το 75% δήλωσε ότι επιθυμεί να εκπαιδευτεί σε αυτά. Το 74,3 % των ερωτηθέντων δήλωσαν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης πτώσεων σε άτομα 3ης και 4ης ηλικίας στους εργασιακούς τους χώρους στα πλαίσια της ΠΦΥ. Το 43% των ερωτηθέντων έχουν της αντίληψη ότι οι πτώσεις των ηλικιωμένων είναι φυσική εξέλιξη του γήρατος και δεν προλαμβάνονται ενώ η προτεραιότητα που δίνουν στις πτώσεις στην καθημερινή τους πρακτική έναντι άλλων ασθενειών είναι πολύ μικρή.

Το 60% των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες, ποσοστό που αντιστοιχεί στο σύνολο των εργαζομένων στην ΠΦΥ στην Ελλάδα (65% γυναίκες), με βάση τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, ενώ σε αντίστοιχες μελέτες του εξωτερικού τα δύο φύλα ήταν ισόποσα και μόνο σε μία μελέτη το ποσοστό των εργαζόμενων γυναικών ήταν 87%. [9]

Στο γράφημα 2 βλέπουμε την κατανομή ηλικίας των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν και παρατηρούμε ότι το 38% είναι ηλικίας 40 - 49 ετών, το 18% 50 - 59 και το 12% άνω των 60 ετών, ενώ εργαζόμενοι σε μικρότερες ηλικίες 20 – 29 ετών είναι 16% και 30 – 39 ετών είναι το 17%, σε αντίθεση με παρόμοιες μελέτες από χώρες του εξωτερικού που η ηλικιακή κατανομή παρουσιάζει ομοιομορφία. Αυτή η ανισοκατανομή, με μεγαλύτερη συγκέντρωση στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι αποτέλεσμα της μείωσης προσλήψεων στον τομέα της υγείας της λόγω της περιοριστικής οικονομικής πολιτικής που εφαρμόστηκε στη χώρα μας κατά την τελευταία 10ετία με την δημοσιονομική προσαρμογή των μνημονίων.

Οι πλειοψηφία των εργαζομένων, το 61% του δείγματός μας έχει μεγάλη επαγγελματική εμπειρία (το 29% > από 20έτη προϋπηρεσία και το 32% έχει 10 – 20 έτη) και μόνο το 3% έχει < 1 έτος προϋπηρεσία. Το 48% των επαγγελματιών υγείας έχει μεγάλη εμπειρία στη διαχείριση γηριατρικών περιστατικών (25% >20 έτη και το 23% 10 – 20 έτη) και οι 34 ιατροί δήλωσαν ότι σε εβδομαδιαία βάση καλούνται να διαχειριστούν περισσότερους από 20 ηλικιωμένους ασθενείς.

Το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων υγειονομικών της μελέτης μας είναι υψηλό, γιατί εκτός του υποχρεωτικού πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το 28% κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο και το 5% είναι κάτοχοι Διδακτορικού. Το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που κατέχουν μεταπτυχιακό ή

διδασκαρικό τίτλο της παρούσας μελέτης είναι υψηλότερο από αυτό των συγκρινόμενων μελετών του εξωτερικού.

Οι 15 από τους 101 συνολικά των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη μελέτη είναι εξειδικευμένοι στον τομέα γηριατρικής ή έχουν εκπαιδευτεί σε προγράμματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων. Από τους 15 εξειδικευμένους υγειονομικούς οι 12 είναι Φυσικοθεραπευτές και οι 3 Νοσηλεύτες. Αυτό εξηγείτε, γιατί στους Φυσικοθεραπευτές δίνεται η δυνατότητα να παρακολουθήσουν επιμορφωτικά προγράμματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων, όπως το πρόγραμμα άσκησης Otago το οποίο είναι ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο & κλινικά πιστοποιημένο πρόγραμμα ασκήσεων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Οτάγκο της Νέας Ζηλανδίας, με διάρκεια εφαρμογής από 3 έως 12 ή και περισσότερους μήνες. Το Otago είναι σχεδιασμένο για να μειώνει τις πτώσεις αυξάνοντας την δύναμη και την ισορροπία. Είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο στην μείωση των πτώσεων των ηλικιωμένων στην κοινότητα, όταν παραδίδεται από φυσικοθεραπευτές και εκπαιδευμένους εποπτευόμενους νοσηλεύτες. Επικεφαλής & συντονιστής είναι το Πανεπιστήμιο του Μάντσεστερ και συμμετέχουν 21 Πανεπιστήμια & Ερευνητικοί φορείς από 22 χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης, μεταξύ των οποίων το Τμήμα Φυσικοθεραπείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, το Τμήμα Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας & το Εθνικό Κέντρο Επιστημονικών Ερευνών «Δημόκριτος» το οποίο και υποστηρίζει την διαδικτυακή πλατφόρμα online εκπαίδευσης του cascade training. Στην Ελλάδα σήμερα δίνεται η δυνατότητα να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα μόνο Φυσικοθεραπευτές και όχι άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας όπως έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται σε άλλες χώρες.

Σε ερώτηση προς τους επαγγελματίες υγείας που δηλώνουν ειδικευμένοι ποιοι ήταν οι λόγοι που επέλεξαν να ασχοληθούν με τον γηριατρικό τομέα, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι, 65% το επέλεξαν τυχαία ή για οικονομικούς λόγους είτε γιατί ήταν πιο εύκολη η εύρεση εργασίας. Το ενδιαφέρον για την τρίτη ηλικία και οι προσωπικοί λόγοι επιλογής παρουσίασαν χαμηλά ποσοστά, λόγω του χαμηλού βαθμού ευαισθητοποίησης σε θέματα γήρανσης των επαγγελματιών υγείας που αυτό σχετίζεται με την εκπαίδευσή τους, και αποτυπώνεται στην προσδοκία τους με την ενασχόληση με τον γηριατρικό τομέα να είναι σε ποσοστό 58% κατώτερη της αναμενόμενης.

Στην ερώτηση που τέθηκε μόνο τους συμμετέχοντες Ιατρούς, για το αν τους δινόταν η δυνατότητα να ακολουθήσουν τη γηριατρική ειδικότητα στη χώρα μας, θα το επέλεγαν, το 43,2 % απάντησε όχι και το 56,8 % ναι. Η ειδικότητα της Γεροντολογίας δεν αναγνωρίζεται ακόμη από το ελληνικό κράτος, καθώς δεν προσφέρονται αντίστοιχες σπουδές. Για να πάρει κανείς ειδικότητα στη Γεροντολογία πρέπει να σπουδάσει στο εξωτερικό, καθώς προς το παρόν δεν είναι αναγνωρισμένη ως ειδικότητα της ιατρικής επιστήμης στη χώρα μας. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), θα πρέπει να εξετάσει την ίδρυση της γηριατρικής ειδικότητας στη χώρα μας λόγω του μεγάλου ενδιαφέροντος για συμμετοχή των γιατρών, της εναρμόνισης με την διεθνή πρακτική και λόγω της επιτακτικής ανάγκης από την γήρανση του πληθυσμού με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής των Ελλήνων.

Η πλειοψηφία των γιατρών που εκδήλωσαν ενδιαφέρον για την γηριατρική ειδικότητα, περίπου το 90%, ήταν με ειδικότητα γενικής ιατρικής. Η σύγχρονη Γενική Ιατρική, καλείται να παίζει έναν πολυδιάστατο και απαιτητικό ρόλο στο Σύστημα Υγείας. Έχει στόχο την παρακολούθηση και διαχείριση των συχνών χρόνιων νοσημάτων, προβλημάτων υγείας και συνηθισμένων καταστάσεων όπως οι πτώσεις των ηλικιωμένων που προσέρχονται στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Κατά την απόκτηση της ειδικότητας της Γενικής ιατρικής δεν συμπεριλαμβάνεται εκπαίδευση στον τομέα της γηριατρικής στη χώρα μας σε αντίθεση με την διεθνή πρακτική. Λόγω του αυξημένου ενδιαφέροντος των γενικών γιατρών για την γηριατρική ειδικότητα και τον αυξημένο αριθμό ηλικιωμένων ασθενών που καλούνται αν διαχειριστούν στις δομές ΠΦΥ που εργάζονται, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο εκπαίδευσής τους θε θέματα γηριατρικής κατά την απόκτηση της ειδικότητας τους. Θετικό είναι πως η γηριατρική έχει μπει ως μάθημα σε αρκετά πανεπιστήμια της χώρας, όπως και σε αυτό της Πάτρας. Πλέον είναι επιταγή των καιρών να γίνει η ειδικότητα ή η εξειδίκευση στην Ελλάδα.

Σε ερώτηση προς τους συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας για το αν συμφωνούν με την άποψη πολλών ηλικιωμένων ότι η πτώση σαν φαινόμενο, είναι φυσική εξέλιξη του γήρατος, το 42,6 % δήλωσε ότι συμφωνεί και αυτό εξηγείτε από την επόμενη ερώτηση .... *αν γνωρίζουν ότι υπάρχουν προγράμματα πρόληψης πτώσεων σε ηλικιωμένους που αν εφαρμοστούν μειώνουν το φαινόμενο κατά 30-40 %, απάντησαν σε ποσοστό 53,5 % ότι δεν γνώριζαν και δεν έχουν ενημερωθεί για αυτά.* Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας που δεν γνώριζαν την ύπαρξη των προγραμμάτων πρόληψης ήταν οι γιατροί (65%). Σε μελέτη που έγινε το αντίστοιχο ποσοστό γιατρών στην Αμερική ήταν 23% και η εξήγηση είναι ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπάρχει κλινική οδηγία για το θέμα αυτό, ωστόσο οι παραπομπές των ασθενών που χρίζουν παρέμβαση πρόληψης από τους γιατρούς σε άλλους επαγγελματίες υγείας είναι πολύ χαμηλό ( 34%). [35]

Οι ερωτηθέντες της μελέτης σε ποσοστό 82,2% δήλωσαν ότι παροτρύνουν τους ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους να ακολουθούν παρεμβάσεις και συμπεριφορές που προωθούν τη φυσική , ψυχική και κοινωνική υγεία ώστε να διατηρούν οι ηλικιωμένοι την ανεξαρτησία τους και την ποιότητα ζωής τους, και το 77% αναφέρει ότι ενημερώνει τους ηλικιωμένους ή/και τους φροντιστές τους για τις επιστημονικά τεκμηριωμένες προσεγγίσεις για έλεγχο, προώθηση της υγείας και πρόληψη των ασθενειών καθώς επίσης οι γιατροί δηλώνουν σε ποσοστό 75,5% ότι εφαρμόζουν αρχές και πρακτικές ασφαλούς, κατάλληλης και αποτελεσματικής χρήσης φαρμάκων σε ηλικιωμένους και το 72,3% πριν συνταγογραφήσει κάποιο φάρμακο λαμβάνει υπόψιν τις παρενέργειες (πχ ζάλη, διαταραχές ισορροπίας), αλλά δεν εφαρμόζουν συνολικά πρακτικές διερεύνησης άλλων παραγόντων πρόκλησης πτώσεων.

Οι αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης πτώσεων για να είναι γνωστές και να εφαρμοστούν αποτελεσματικά, πρέπει να είναι διαθέσιμες στην κοινότητα, όπου οι γιατροί μπορούν να εντοπίσουν ηλικιωμένους με αυξημένο κίνδυνο πτώσης ώστε να τους παραπέμψουν σε κατάλληλες δομές πρόληψης. Μελέτες έδειξαν ότι δεν εφαρμόζονται πρακτικές που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία για το θέμα

της πρόληψης πτώσεων στην πράξη σε δομές ΠΦΥ κυρίως λόγω των εμποδίων στην κλινική πρακτική των ιατρών. Απαιτείται αλλαγή πρακτικής για την αποτελεσματική εφαρμογή της πρόληψης πτώσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτό πρέπει να περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ιατρών και άλλων επαγγελματιών της υγείας. [20]

Από τα αποτελέσματα της μελέτης αποτυπώνεται η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας (το 75 %) δήλωσε ενδιαφέρον για να εκπαιδευτεί σε προγράμματα πρόληψης πτώσεων και το 71 % δήλωσε ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην γεροντολογία-γηριατρική αποκατάσταση είναι απαραίτητη για την διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών και στην επαγγελματική τους εξέλιξη. Το 74,3 % των ερωτηθέντων δήλωσαν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης πτώσεων σε άτομα 3ης και 4ης ηλικίας στους εργασιακούς τους χώρους στα πλαίσια της ΠΦΥ.

Το 79,8 % των επαγγελματιών υγείας που δήλωσαν ενδιαφέρον να εκπαιδευτούν σε προγράμματα πρόληψης πτώσεων, θεωρούν πιο αποδοτική την επιμορφωτικού τύπου δια βίου εκπαίδευσης, με σεμινάρια, ενώ το 20,2 % προτιμούν ακαδημαϊκού τύπου εκπαίδευση μέσω ενός Μεταπτυχιακού προγράμματος.

Αυτή τη στιγμή υπάρχουν μεταπτυχιακά προγράμματα στη χώρα μας όπως π.χ. στο ΕΚΠΑ «Φυσιολογία της Γήρανσης και γηριατρικά σύνδρομα» ή στο ΕΑΠ «Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων» κ.α., που εκπαιδεύουν επαγγελματίες υγείας σε θέματα γηριατρικής. Μια κεντρική πολιτική του Υπουργείου υγείας με παροχή κινήτρων συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας σε εκπαιδευτικά σεμινάρια ή σε Μεταπτυχιακά προγράμματα γηριατρικής, θεωρείτε πως είναι προς την σωστή κατεύθυνση.

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν την προτεραιότητα που δίνουν σε 5 παθήσεις όταν αφορούν ηλικιωμένους ασθενείς, στην καθημερινή τους πρακτική, βαθμολογώντας από το 1(χαμηλή) έως το 10 (υψηλή), με σκοπό να καταγραφεί το επίπεδο προτεραιότητας των συμμετεχόντων που δίνει σε συγκεκριμένες συνθήκες υγείας και να καταγραφούν οι πεποιθήσεις τους για παράγοντες κινδύνου πτώσης μεταξύ των ηλικιωμένων. Αυτές οι παθήσεις ήταν, ο σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού, προβλήματα ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, μυοσκελετικές παθήσεις και οι πτώσεις.

Μετά από περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων όπως αποτυπώνονται στον πίνακα 17, με υπολογισμό, του εύρους, του ελάχιστου και του μέγιστου ποσοστού των συχνοτήτων, τη διάμεσο, τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση, από τις πέντε καταστάσεις υγείας. Οι Καρδιαγγειακές παθήσεις συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού έλαβαν την υψηλότερη βαθμολογία με μέση τιμή (7,52) με τυπική απόκλιση 3,35 ενώ οι πτώσεις έλαβαν τη χαμηλότερη (5,18) με τυπική απόκλιση 1,62. Ο σακχαρώδης διαβήτης κατέγραψε μέση τιμή 6,68 και τυπική απόκλιση 1,58.

Αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη μεταξύ Σεπτεμβρίου 2012 και Ιουνίου 2013 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής εξέτασε τις πεποιθήσεις, τις γνώσεις και τις αντιλήψεις που σχετίζονται με την πτώση ηλικιωμένων, σε 38 συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ που αντιμετωπίζουν γηριατρικά περιστατικά, και τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν τις ίδιες παθήσεις με κλίμακα 1 – 10. Από τις πέντε καταστάσεις υγείας, ο διαβήτης έλαβε την υψηλότερη μέση βαθμολογία 8,4 με τυπική απόκλιση 1,69 ενώ οι πτώσεις έλαβαν τη χαμηλότερη 7,1 και τυπική απόκλιση 2,15 . [9]

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας και στις δύο μελέτες διαπιστώνετε ότι δεν θεώρησαν την πτώση τόσο υψηλής προτεραιότητας όσο άλλες χρόνιες παθήσεις μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών καταλαμβάνοντας την τελευταία θέση στην αξιολόγηση, με τη διαφορά οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη να αξιολογούν με υψηλότερη βαθμολογία τις καρδιαγγειακές παθήσεις συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού, ενώ στην αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική οι επαγγελματίες υγείας δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο διαβήτη.

Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας που διαχειρίζονται ηλικιωμένους πρέπει πρώτα να πεισθούν ότι οι πτώσεις αποτελούν ζήτημα προτεραιότητας μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών τους και να αφιερώσουν πολύ ή περισσότερο χρόνο για την αξιολόγηση των κινδύνων πτώσης και την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τα κατάλληλα προγράμματα για τη μείωση των κινδύνων πτώσης. Η επιμόρφωση και η εκπαίδευσή τους μπορεί να συμβάλει σε αυτό.

Για να καταγραφούν οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για παράγοντες που προκαλούν πτώσεις σε ηλικιωμένους, τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν κάποιους παράγοντες κινδύνου πτώσεων βαθμολογώντας σε κλίμακα από 1 = χαμηλή έως 10 = υψηλή, ανάλογα με το πώς κρίνουν το αίτιο των πτώσεων. Οι παράγοντες κινδύνου που τους ζητήθηκε να τοποθετηθούν ήταν : το ιστορικό πτώσεων (προ υπάρχουσες πτώσεις), Ζητήματα βάδισης,(προβλήματα μυοσκελετικού συστήματος, ισορροπίας), Περιβαλλοντικά ζητήματα εντός του σπιτιού, Θέματα φαρμάκων (παρενέργειες), Νευρολογικά θέματα, Θέματα όρασης και η Ορθοστατική υπόταση.

Μετά την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων τα ζητήματα βάδισης, συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία με μέση τιμή 7,05 και θεωρούνται από τους επαγγελματίες υγείας ως ο υψηλότερος παράγοντας κινδύνου πτώσης, σε αντίθεση με την ορθοστατική υπόταση που συγκέντρωσε βαθμολογία με μέση τιμή 4,84, σε αντίθεση με τους υγειονομικούς της συγκρινόμενης μελέτης που ένα ιστορικό πτώσης έλαβε την υψηλότερη μέση βαθμολογία 8,1 και η ορθοστατική υπόταση έλαβε και σε αυτή τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία 6,1 . Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι ηλικιωμένοι που έχουν υποστεί μια πτώση κατά το τελευταίο έτος είναι πιο επιρρεπείς για πτώση κατά 50% σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Σε ερώτηση που τέθηκε στους συμμετέχοντες *«Στα πλαίσια των καθηκόντων σας, σαν επαγγελματίας υγείας στην ΠΦΥ, αν και ποιες από τις παρακάτω ειδικές παρεμβάσεις πρόληψης πτώσεων πραγματοποιήσατε στους ηλικιωμένους ασθενείς σας σε διάστημα παρακολούθησης ενός έτους.»*, με

δυνατότητα απάντησης όχι, μερικές φορές, ναι πάντοτε. Οι παρεμβάσεις που κλήθηκαν να τοποθετηθούν οι επαγγελματίες υγείας, περιγράφονται στον πίνακα 19.

Πάνω από το 60% των επαγγελματιών υγείας αναφέρουν πως συζητούν πάντοτε λεπτομέρειες σχετικά με συνταγογραφούμενα φάρμακα με τους ασθενείς τους. Περίπου το 35% διενεργεί μια γνωστική εξέταση σε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς τους. Το 54,45% των επαγγελματιών υγείας δεν κάνει κάποιου είδους αξιολόγησης της οπτικής οξύτητας των ηλικιωμένων καθώς και το 50,59% δεν του ενημερώνει - εκπαιδεύει για συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου που διατρέχουν επικαλούμενοι λόγους επικοινωνίας. Το 33,66% πραγματοποιεί κάποιο test ισορροπίας και συνήθως οι φυσικοθεραπευτές.

Στην συγκρινόμενη μελέτη πάνω από το 81% των επαγγελματιών υγείας αναφέρουν ότι συζήτησαν λεπτομέρειες σχετικά με συνταγογραφούμενα φάρμακα με τους περισσότερους ή όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς τους. Περίπου το 47% διενήργησε μια γνωστική εξέταση με τους περισσότερους ή όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς τους και το 37% ρώτησε τους περισσότερους ή όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς τους για πτώσεις τους τελευταίους 12 μήνες ενώ λιγότερο από το 16% ανέφεραν ότι διεξήγαγαν είτε το τεστ ισορροπίας. [9]

Η χάραξη εθνικής στρατηγικής και έκδοση κατευθυντηρίων γραμμών (Guidelines) για την πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων θεωρείται από το 62,2% των ερωτηθέντων της μελέτης, ότι είναι προς τη σωστή κατεύθυνση και θα τους βοηθούσε στη διαχείριση ηλικιωμένων ασθενών που χρίζουν κάποιας παρέμβασης πρόληψης πτώσης. Θεωρούν δε την καθιέρωση ετήσιου ελέγχου με αξιολογική κινδύνου πτώσεων πιο αποτελεσματική για την ευαισθητοποίηση των ηλικιωμένων για την συμμετοχή τους σε προγράμματα πρόληψης πτώσης.

Οι Αμερικανικές και Βρετανικές Γηριατρικές Εταιρείες (AGS / BGS) έχουν δημοσιεύσει μια οδηγία κλινικής πρακτικής για τη μείωση των πτώσεων. Ωστόσο, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθυστέρησαν να εφαρμόσουν την οδηγία AGS / BGS στην κλινική πρακτική, επειδή πολλοί πιστεύουν ότι δεν γνωρίζουν πώς να διενεργούν αξιολογήσεις κινδύνου πτώσης ή δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με την πρόληψη της πτώσης. Παρά τις κλινικές οδηγίες, λίγοι υγειονομικοί ρωτούσαν τακτικά τους ηλικιωμένους ασθενείς τους εάν είχαν πέσει τον τελευταίο χρόνο. Αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό αφού οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι οι ασθενείς τους ήταν απρόθυμοι να τους πουν ότι έχουν υποστεί πτώση. Αυτά τα δεδομένα έδειξαν περαιτέρω ότι λίγοι υγειονομικοί πραγματοποίησαν πραγματικά τυποποιημένες δοκιμές για να αξιολογήσουν το βάδισμα και την ισορροπία, αν και αυτές οι δοκιμές θεωρούνται τόσο σημαντικές όσο και εύκολες στην εκτέλεση. [9]

Το χαμηλό ποσοστό αξιολόγησης από τους επαγγελματίες υγείας αντισταθμίστηκε εν μέρει από τις παραπομπές των ασθενών για φυσικοθεραπεία για την αντιμετώπιση προβλημάτων βάδισης ή διαταραχής ισορροπίας, που στην παρούσα μελέτη ανέρχεται σε 74%.

Ένα σημαντικό εμπόδιο που επικαλούνται οι επαγγελματίες υγείας στην διερεύνηση και αξιολόγηση κινδύνου πτώσεων στους ηλικιωμένους που προσέρχονται στις δομές ΠΦΥ, και το συναντάμε σε πολλές μελέτες, είναι η έλλειψη χρόνου λόγω των πολλών περιστατικών που έχουν να διαχειριστούν, και της προτεραιοποίησης λόγω της συν νοσηρότητας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τους. Στην παρούσα μελέτη οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ως πρόβλημα, την έλλειψη χρόνου σε ποσοστό 62,4%.

Μόνο σε μία μελέτη από το σύνολο των μελετών που συμπεριελήφθησαν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι τους επαρκεί ο χρόνος για να προβούν σε αξιολόγηση κινδύνου πτώσεων στους ηλικιωμένους ασθενείς τους αλλά επικαλέστηκαν άλλους αποτρεπτικούς παράγοντες όπως οι αντιλήψεις τους για την πρόληψη των πτώσεων.[9]

Ένα σημαντικό βήμα είναι να γίνει η πρόληψη της πτώσης ένα συνηθισμένο μέρος της κλινικής φροντίδας στις δομές ΠΦΥ. Αυτό απαιτεί την εκπαίδευση των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με τον τρόπο διεξαγωγής αξιολογήσεων κινδύνου πτώσης και την παροχή των απαραίτητων εργαλείων για τον εξ ορθολογισμό της διαδικασίας. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει πρώτα να πεισθούν ότι οι πτώσεις αποτελούν ζήτημα προτεραιότητας μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών τους και να αφιερώσουν πολύ ή περισσότερο χρόνο για την αξιολόγηση των κινδύνων πτώσης και την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τα κατάλληλα προγράμματα για τη μείωση των κινδύνων πτώσης.

Η διεπαγγελματική συνεργασία θεωρείται ότι είναι το κλειδί για ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Τα στοιχεία δείχνουν ότι λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης των πτώσεων, η πρόληψη τους θα πρέπει να ενσωματώνει μια διεπαγγελματική προσέγγιση χρησιμοποιώντας μια ποικιλία στρατηγικών από πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας στην πρόληψη των πτώσεων ειδικά μεταξύ ομάδων υψηλού κινδύνου.

Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη πιστεύουν, σε ποσοστό 92% ότι μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική για την πρόληψη πτώσεων και το 73% από αυτούς δηλώνει πρόθυμο να συμμετάσχει σε μια ομάδα επαγγελματιών υγείας που θα δραστηριοποιείται στην ΠΦΥ με σκοπό την πρόληψη πτώσεων σε ηλικιωμένους στην κοινότητα. Οι περισσότεροι έχουν την γνώμη ότι στην διεπιστημονική ομάδα πρωτίστως να συμμετέχουν γενικοί γιατροί, φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές και εργοθεραπευτές.

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων σχετικά με το θέμα της παρούσας μελέτης, φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας στο εξωτερικό προτάσσουν σαν βασικό λόγο για την αρνητική τους στάση στην πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων, την εκπαιδευτική τους ανεπάρκεια, που έχει να κάνει με την προπτυχιακή τους εκπαίδευση και την απουσία μαθημάτων σχετικών με την διαχείριση γηριατρικών περιστατικών, στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να σχεδιαστούν για να προσδώσουν δεξιότητες, καθώς και να βελτιώσουν τη στάση, να αυξήσουν τη γνώση και είναι πιθανό οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις με γνώμονα τις δεξιότητες να είναι πιο αποτελεσματικές στη βελτίωση της συμπεριφοράς μελλοντικών επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ηλικιωμένους.



Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκαν οι απόψεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών των τμημάτων φυσικοθεραπείας και Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για το θέμα της γήρανσης. Σε ερώτηση, το 58,5 των φοιτητών δηλώνουν ότι συμπεριλαμβάνεται στο πρόγραμμα σπουδών τους μάθημα που τους παρέχει βασικές γνώσεις γηριατρικής – γεροντολογίας και είναι η νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων, για τους νοσηλευτές (παλαιού προγράμματος σπουδών) και οι φοιτητές φυσικοθεραπείας αναφέρουν ότι έχουν διδαχθεί με κάποιες βασικές γνώσεις διαχείρισης γηριατρικών περιστατικών στα μαθήματα μυοσκελετικών κακώσεων και εργοθεραπείας.

Σε ερώτηση αυτών που δεν έχουν παρακολουθήσει μάθημα αντίστοιχο το 94% απάντησαν ότι επιθυμούν να παρακολουθήσουν και το 78,6 % , δηλώνει ότι θα τους ενδιέφερε σαν μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας να ασχοληθούν με τον τομέα της γηριατρικής και το 78,5% των φοιτητών δηλώνει ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση - κατάρτιση στην γεροντολογία-γηριατρική αποκατάσταση είναι απαραίτητη για την επαγγελματική τους εξέλιξη.

Οι στάσεις, οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας της φροντίδας για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Πολλές μελέτες διαπίστωσαν ότι η χρήση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της στάσης είναι δύσκολο έργο. Όταν οι ιατροί έχουν αρνητική στάση απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα, μπορεί να παρέχουν φροντίδα χαμηλότερης ποιότητας στους ηλικιωμένους ασθενείς τους. [36]

Μια μελλοντική μελέτη που θα έχει μεγαλύτερο δείγμα φοιτητών από όλες τις σχολές υγείας θα μπορούσε να επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα της παρούσης που χρησιμοποίησε δείγμα ευκολίας, ώστε να γενικευτούν οι απόψεις των φοιτητών που περιγράφονται για την γήρανση και του φαινομένου των πτώσεων, τα αποτελέσματα να χρησιμοποιηθούν για την χάραξη πολιτικής στο θέμα των αναλυτικών προγραμμάτων των τμημάτων υγείας ώστε να συμπεριληφθούν μαθήματα όπως η γηριατρική για να ευαισθητοποιούν τους μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας σε θέματα όπως η πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων. Στα περισσότερα σημερινά προγράμματα σπουδών των τμημάτων υγείας δεν περιλαμβάνεται μάθημα γηριατρικής. Στα αναθεωρημένα πανεπιστημιακά προγράμματα σπουδών των τμημάτων Φυσικοθεραπείας και Νοσηλευτικής δεν υπάρχει αντίστοιχο μάθημα. Θετικό είναι πως η γηριατρική έχει μπει ως μάθημα σε αρκετά πανεπιστήμια της χώρας, όπως και σε αυτό της Πάτρας.

**Περιορισμοί μελέτης:** Τα αποτελέσματα της μελέτης, λόγω του δείγματος ευκολίας που χρησιμοποιήθηκε, αφορούν τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, για θέματα πρόληψης πτώσεων ηλικιωμένων, μόνο του νομού Φθιώτιδας και όχι της περιφέρειας Στερεάς Ελλάδος και Θεσσαλίας όπως αρχικά είχε σχεδιαστεί. Τα αποτελέσματα των απόψεων των φοιτητών που καταγράφηκαν στη μελέτη αφορά μόνο τους φοιτητές των τμημάτων Φυσικοθεραπείας και Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και όχι το σύνολο των φοιτητών της Σχολής Υγείας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι το καταλληλότερο μοντέλο παροχής υπηρεσιών για μια αποτελεσματική στρατηγική πρόληψης πτώσεων, καθώς σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι που ζουν στην κοινότητα συνδέονται με έναν οικογενειακό ιατρό σε ένα Κέντρο Υγείας ή άλλη δομή ΠΦΥ.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές ΠΦΥ, που είναι το πρώτο σημείο επαφής με τους ηλικιωμένους, θα πρέπει να αναθεωρήσουν τις αντιλήψεις τους και τις πεποιθήσεις τους για την πρόληψη των πτώσεων, όπως ότι αποτελούν μέρος της γήρανσης, να πεισθούν ότι οι πτώσεις αποτελούν ζήτημα προτεραιότητας μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών τους, προλαμβάνονται ή μειώνονται με ειδικές παρεμβάσεις και να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο για την αξιολόγηση των κινδύνων πτώσης και την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τα κατάλληλα προγράμματα.

Υπάρχει μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την εφαρμογή πρακτικών πρόληψης πτώσης. Αυτά σχετίζονται με τους ηλικιωμένους, τις οικογένειες, τους επαγγελματίες υγείας και συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να βελτιωθεί η εφαρμογή της πρόληψης πτώσης, πρέπει να αντιμετωπιστούν οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές σε ατομικό, οργανωτικό και κοινωνικό επίπεδο.

Κοινή διαπίστωση όλων, ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων που σχετίζονται με τις πτώσεις, πρέπει να αναλαμβάνουν την ευθύνη να ρωτούν τακτικά τους ηλικιωμένους για πτώσεις και όπου απαιτείται, να τους παραπέμπουν σε παρεμβάσεις πρόληψης.

Η διεπαγγελματική συνεργασία θεωρείται ότι είναι το κλειδί για ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και ειδικά στην πρόληψη των πτώσεων σε ηλικιωμένα άτομα, λόγω της πολύ-παραγοντικότητας απαιτεί την συνεργασία πολλών συναφών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας όπως, γενικοί ιατροί, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί.

Οι επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας που εργάζονται σε δομές όπως τα Κ Υγείας θα πρέπει να επισκέπτονται τους ηλικιωμένους στους χώρους διαμονής τους ώστε να διαπιστώνουν την καταλληλότητα των χώρων διαμονής τους, με παρεμβάσεις τους και σε συνεργασία με τους φροντιστές τους, να προτείνουν αλλαγές στο χώρο ώστε να προληφθεί μια πτώση τους. Η παροχή κινήτρων και οι διευκόλυνση των υγειονομικών στην εφαρμογή των επιτόπιων ελέγχων από τις υπηρεσίες θα έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην πρόληψη πτώσεων των ηλικιωμένων.

Θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο να συμπεριληφθούν ευκαιριακές και ερωτήσεις ρουτίνας στα ηλικιωμένα άτομα σχετικά με τις πρόσφατες πτώσεις τους, από τους επαγγελματίες υγείας στους χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Πρέπει να γίνονται παραπομπές σε κατάλληλες υπηρεσίες και παρεμβάσεις για όσους έχουν υποστεί πτώση για την πρόληψη περαιτέρω τραυματισμών ή κατάγματος.

Η χάραξη εθνικής στρατηγικής και έκδοση κατευθυντηρίων γραμμών (Guidelines) για την πρόληψη πτώσεων ηλικιωμένων θεωρείται από τους συμμετέχοντες ότι είναι προς τη σωστή κατεύθυνση, ωστόσο σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. μετά από δημοσίευση μιας οδηγίας κλινικής πρακτικής για τη μείωση των πτώσεων από Αμερικανικές και Βρετανικές Γηριατρικές Εταιρείες (AGS / BGS), οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθυστέρησαν να εφαρμόσουν την οδηγία στην κλινική πρακτική, επειδή πολλοί πιστεύουν ότι δεν γνωρίζουν πώς να διενεργούν αξιολογήσεις κινδύνου πτώσης ή δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με την πρόληψη της πτώσης.

Πρωταρχικό ζήτημα δεν είναι η διάδοση των ευρημάτων της έρευνας για την πρόληψη της πτώσης, αλλά η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να εφαρμόσουν αυτά τα ερευνητικά αποτελέσματα στην κλινική τους ρουτίνα.

Η δημιουργία χώρων παροχής προγραμμάτων πρόληψης πτώσεων στην κοινότητα, σε συνεργασία με τους δήμους και άλλους οργανισμούς, σε επαρκή αριθμό ώστε να έχουν πρόσβαση όλοι οι ηλικιωμένοι, μπορεί να μειώσει τις πτώσεις στον πληθυσμό.

Η κάλυψη των δαπανών για προγράμματα πρόληψης από τα ασφαλιστικά ταμεία, θα αύξανε την συμμετοχή των ηλικιωμένων στα προγράμματα και θα έδινε την δυνατότητα στους γιατρούς να τους παραπέμπουν με μεγαλύτερη ευκολία σε αυτά, χωρίς να σκέφτονται την οικονομική επιβάρυνσή τους.

Όταν οι ιατροί έχουν αρνητική στάση απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα, υπάρχει η πιθανότητα να παρέχουν φροντίδα χαμηλότερης ποιότητας στους ηλικιωμένους ασθενείς τους.

Στις σχολές επαγγελματιών υγείας όταν περιλαμβάνονται μαθήματα γηριατρικής στο πρόγραμμα σπουδών οι φοιτητές έχουν πιο θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους και ευαισθητοποιούνται σε θέματα υγείας τους.

Από τους συμμετέχοντες φοιτητές αυτής της μελέτης, καταγράφεται μεγάλο ενδιαφέρον για το μάθημα της γηριατρικής, χωρίς να μπορεί να γενικευτεί για το σύνολο των φοιτητών επαγγελματιών υγείας της χώρας, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο να συμπεριληφθεί μάθημα γηριατρικής – γεροντολογίας στα προγράμματα σπουδών των σχολών επαγγελματιών υγείας, για την ευαισθητοποίηση τους σε θέματα υγειούς γήρανσης και πρόληψης πτώσεων τους.

Λόγω του μεγάλου ενδιαφέροντος των γιατρών της μελέτης, για συμμετοχή στην Γηριατρική ειδικότητα, χωρίς αυτό να εκφράζει το σύνολο των γιατρών της χώρας, αλλά αν προκύψει το ίδιο ενδιαφέρον μετά από μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), θα πρέπει να εξετάσει την ίδρυση της γηριατρικής ειδικότητας στη χώρα μας για λόγους εναρμόνισης με την διεθνή πρακτική και της επιτακτικής ανάγκης από την γήρανση του πληθυσμού με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής των Ελλήνων.

## 5. Βιβλιογραφία:

1. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, *American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons*. J Am Geriatr Soc. 2001, 49 (5):664-672.
2. Baker D., King M., Fortinsky R., Graff L., Acampora D., J Preston J., J. Brown C., Tinetti M., *Dissemination of an Evidence-Based Multicomponent Fall Risk-Assessment and -Management Strategy Throughout a Geographic Area*, 2005, AGS(American Geriatrics Society), Volume 53, Pages 675-680, doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53218.
3. Baxter P., Markle-Reid M., *An interprofessional team approach to fall prevention for older home care clients 'at risk' of falling: health care providers share their experiences* Int J Integr Care. 2009 Apr-Jun; 9: e15. Published online 2009 May 28. doi: 10.5334/ijic.317PMCID: PMC2691945.
4. Bunn, F., Dickenson, A., Barnett-Page, E., McInnes, E., Horton, K. (2008). *A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions*. Ageing & Society, 28, 449–472. doi:10.1017/S0144686X07006861
5. Bürkle, A. Et al. (2015) 'MARK-AGE biomarkers of ageing', Mechanisms of Ageing and Development, 151, pp. 2–12. Doi: 10.1016/j.mad.2015.03.006.
6. Burns, E. R., Stevens, J. A., Lee, R. L. (2016). *The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults—United States*. Journal of Safety Research, 58, 99–103. doi:10.1016/j.jsr.2016.05.001
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries) Tool Kit for Health Care Providers. Atlanta, GA: (2013) [Cited 2014 July 14]. Available from: [Google Scholar]
8. Child S., Goodwin V., Garside R., Hughes T., Boddy K., and Stein K., *Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies*, 2012, BMC, doi.org/10.1186/1748-5908-7-91.
9. Chou W, Tinetti M, King M, Irwin K, Fortinsky R. *Perceptions of physicians on the barriers and facilitators to integrating fall risk evaluation and mangement into practice*. J Gen Intern Med. 2006;21:117
10. Dale Lynn Avers D., *Infusing an Optimal Aging Paradigm Into an Entry-Level Geriatrics Course*, Journal of Physical Therapy Education, 2014, DOI:10.1097/00001416-201401000-00005
11. Davis, J. C. Et al. (2010) '*International comparison of cost of falls in older adults living in the community: a systematic review.*', Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA, 21(8), pp. 1295–306. Doi: 10.1007/s00198-009-1162-0.

12. De Groot G, Fagerstrom L. *Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls*. SJOT. 2011; 18:153–160.
13. Dickinson A., Horton K., Machen I., Bunn F., Cove J., Jain D., Maddex T., *The role of health professionals in promoting the uptake of fall prevention interventions: a qualitative study of older people's views*, Age and Ageing, Volume 40, Issue 6, November 2011, Pages 724–730, doi.org/10.1093/ageing/afr111
14. Espinoza, S. And Walston, J. D. (2005) '*Frailty in older adults: insights and interventions*, Cleveland Clinic journal of medicine, 72(12), pp. 1105–12. Available at: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16392724.
15. Evron L, Schultz-Larsen K, Fristrup T. *Barriers to participation in a hospital-based falls assessment clinic programme: an interview study with older people*. Scand J Public Health. 2009; 237:728–35.
16. Evron L., Schultz-Larsen K., Egerod I., *Establishing a new falls clinic – conflicting attitudes and inter-sectoral competition affecting the outcome*, 2009, Caring Science, Volume 23, Issue 3, Pages 473–481, doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00643.
17. Fixsen, D., Scott, V., Blase, K., Naom, S., Wagar, L. (2011). *When evidence is not enough: The challenge of implementing fall prevention strategies*. Journal of Safety Research, 42, 419–422. doi:10.1016/j.jsr.2011.10.002
18. Forbes R., Mandrusiak A., Smith M., Russell T., *A comparison of patient education practices and perceptions of novice and experienced physiotherapists in Australian physiotherapy settings*, Musculoskeletal Science and Practice Volume 28, April 2017, Pages 46–53, doi.org/10.1016/j.msksp.2017.01.007.
19. Franse C., Zhang X., Grieken A., Rietjens, J., Alhambra-Borrás T., Durá E., Garcés-Ferrer J., van Staveren R., Rentoumis T. Markaki A. Bilajac L., Vasiljev Marchesi V., Rukavina T., Verma A., Williams G., Clough G., Koppelaar E., Martijn R., Mattace Raso F., Voorham A., Raat H., *A coordinated preventive care approach for healthy ageing in five European cities: A mixed methods study of process evaluation components*, 2019, JAN, Volume 75, Issue 12, Pages 3689–3701, doi.org/10.1111/jan.14181.
20. Gillespie L. D., Robertson M. C., Gillespie W. J., Sherrington C., Gates S., Clemson L. M., Lamb S. E. (2012). *Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9, Article CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3
21. Goeldlin A., Siegenthaler A., Moser A., Stoeckli Y., Stuck A. & Schoenenberger A., *Effects of geriatric clinical skills training on the attitudes of medical students*, BMC Medical Education volume 14, Article number: 233, 2014. doi: 10.1186 / 1472-6920-14-233

22. Grant A., Mackenzie L., Clemson L., *How do general practitioners engage with allied health practitioners to prevent falls in older people? An exploratory qualitative study*, 2015, Australasian Journal on Ageing, Volume34, Issue3, Pages 149-154, doi.org/10.1111/ajag.12157.
23. Grund S., Wijngaarden J., Gordon A., Schols J., Bauer J., *Eu GMS survey on structures of geriatric rehabilitation across Europe*, European Geriatric Medicine volume 11, pages217–232(2020), DOI: 10.1007 / s41999-019-00273-2
24. Heinrich, S. Et al. (2010) ‘Cost of falls in old age: a systematic review., *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 21(6), pp. 891–902. Doi: 10.1007/s00198-009-1100-1.
25. Horne M, Spped S, Skelton D, Todd C. *What do community-dwelling Caucasian and South Asian 60–70 year olds think about exercise for fall prevention?* Age Ageing. 2009; 38:68–73.
26. Horton K, Dickinson A. *The role of culture and diversity in the prevention of falls among older chinese people*. CJA. 2011; 30(1):57–66.
27. Hughes NJ, Soiza RL, Chua M, Hoyle GE, MacDonald A, Primrose WR, Seymour DG: *Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine*. J Am Geriatr Soc. 2008, 56: 334-338. 10.1111/j.1532-5415.2007.01552.x.
28. Hutton L, Frame R, Maggo H, Shirakawa H, Mulligan H, Waters D. et al. *The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling: a focus group study*. NZJ Physiother. 2009; 37:85–92.
29. Kielich, K., Mackenzie, L., Lovarini, M., Clemson, L. (2017). *Urban Australian general practitioners’ perceptions of falls risk screening, falls risk assessment, and referral practices for falls prevention: An exploratory cross-sectional survey study*. Australian Health Review, 41, 111–119. doi:10.1071/AH15152
30. Lee Smith M., Stevens J., Ehrenreich H., Wi and Self-Reported Fall Prevention Practices, *Healthcare Providers’ Perceptions w York Health System*, BMC, 2015 , doi: 10.3389/fpubh.2015.00017
31. Loganathan A, Ng CJ, Tan MP, et al. *Barriers faced by healthcare professionals when managing falls in older people in Kuala Lumpur, Malaysia: a qualitative study*. BMJ Open 2015; 5:e008460. doi:10.1136/bmjopen-2015- 008460
32. López - Otín, C. Et al. (2013) ‘The Hallmarks of Aging’, Cell, 153(6), p. 1194. Doi: 10.1016 /j.cell.2013.05.039.
33. Mackenzie l., McIntyre A., *How Do General Practitioners (GPs) Engage in Falls Prevention With Older People? A Pilot Survey of GPs in NHS England Suggests a Gap in Routine Practice to Address Falls Prevention*, Front. Public Health, 11 March 2019. doi.org/10.3389/fpubh.2019.00032

34. Mackenzie L., *Perceptions of health professionals about effective practice in falls prevention, Disability and Rehabilitation*, Volume 31, 2009 - Issue 24 Pages 2005-2012, doi.org/10.3109/09638280902874121.
35. National Institute for Clinical Excellence, *Falls: The Assessment and Prevention of Falls in Older People*, 2004 London NICE Clinical Guideline 21. Google Scholar.
36. Rhyn B., Barwick A., *Health Practitioners' Perceptions of Falls and Fall Prevention in Older People: A Metanalysis*, 2018, SAGE Journals, doi.org/10.1177/1049732318805753.
37. Schröder, T. H. Et al. (2015) '*The Aging Lung: Clinical and Imaging Findings and the Fringe of Physiological State.*', *Ro Fo : Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin*, 187(6), pp. 430–9. Doi: 10.1055/s-0034-1399227.
38. Shumway-Cook, A. Et al. (1997) '*Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults*', *Physical therapy*, 77(8), pp. 812–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9256869>.
39. Stevens J., Noonan R. and Rubenstein L., *Older Adult Fall Prevention: Perceptions, Beliefs, and Behaviors*, 2010, American Journal of Lifestyle Medicine, doi.org/10.1177/1559827609348350
40. Stevens J, Phelan EA. *Development of STEADI: a fall prevention resource for health care providers*. *Health Promot Pract* (2012) 14(5):706–14. doi.org/10.1177/1524839912463576
41. Strait, J. And Lakatta, E. G. (2012), *Aging-Associated Cardiovascular Changes and Their Relationship to Heart Failure*, *Heart Failure Clinics*, 8(1), pp. 143–164. Doi: 10.1016/j.hfc.2011.08.011.
42. Van Balen, R., Gordon, A.L., Schols, J.M.G.A. et al. *What is geriatric rehabilitation and how should it be organized? A Delphi study aimed at reaching European consensus*. *Eur Geriatr Med* 10, 977–987 (2019). doi.org/10.1007/s41999-019-00244-7
43. Yarnall K, Pollak K, Østbye T., Krause K and Michener J.L, *Primary Care: Is There Enough Time for Prevention?*, *Am J Public Health*. 2003 April; 93(4): 635–641. doi: 10.2105/ajph.93.4.635 : PMC1447803
44. Μέντης Μ., Αθανασοπούλου Κ., Στολάκης Κ., Μαρνέρας Χ., Παναγιωτόπουλος Η., *Ερευνητική έκθεση για την πρόληψη των πτώσεων*, Αύγουστος 2020 , Πανεπιστημιακή κλινική αποκατάστασης Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑΣ – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑΣ»